***Spett.le***

***EBAT Cagliari***

***Via Logudoro, 35***

***09127 Cagliari (CA)***

MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONI

Cognome Nome nat il / / a ( )

Residente a ( ) CAP Via/Piazza Codice Fiscale tel/Cell e-mail pec altro recapito da poter contattare

**CHIEDE**

L’INDENNITA’ PER:

ASTENSIONE LAVORATIVA DOVUTA A (barrare con una x la causa di assenza):

( ) **MALATTIA** dal\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) **INFORTUNIO** dal\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che per il periodo cui si fa riferimento risulta regolarmente assunto, quale lavoratore dipendente, presso L’azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. fisc. /P. Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con il seguente contratto di lavoro (barrare con una x la propria posizione lavorativa):

( ) Operaio a tempo indeterminato (fisso)

( ) Operaio a tempo determinato (avventizio)

In fede

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Accredito su conto corrente o libretto nominativo bancario o postale:*

Banca/Ufficio Postale Via / Piazza n.

Città ( ) CAP

*Codice IBAN per accredito:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Intestato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Intestato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentazione Obbligatoria da allegare**

Copia del documento di identità del dipendente in corso di validità;

1. Copia cedolino di liquidazione malattia (INPS) o infoítunio (INAIL) - (**obbligatorio**)
2. Altra documentazione (es. frontespizio mod.f24 dei contributi pagati dal datore di lavoro nel periodo nel quale viene richiesta l’indennità) - (**facoltativo**)

**Informativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03 – ľ.U. sulla Píivacy) modificato dal Regolamento UE 2016/679 (“G.D.P.R. 2016/679”), recante le nuove disposizioni a tutela della “privacy”.**

Il/La sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento, presta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali, che verranno trattati ai fini del D.Lgs. n.196/03 e dal Regolamento UE n. 2016/679, per gestire l’erogazione del trattamento di integrazione delle indennità di malattia ed infortunio.

titolare del trattamento dei dati sarà L’EBAT Cagliari. tutti i dati forniti verranno trattati manualmente o con strumenti informatici e non saranno comunicati a persone o soggetti diversi dall’EBAT Cagliari. Il titolare garantisce che saranno rispettati i diritti contemplati dall’art. 7 del D.Lgs. n. 196/03 e dal Regolamento UE n. 2016/679, ivi compreso il diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora l’interessato ne avesse la necessità, l’integrazione dei dati ed il rispetto del diritto dell’interessato stesso di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei dati personali.

Luogo e data Firma