

Spett.le
**CASSA INTEGRAZIONE MALATTIA
ASSISTENZA LAVORATORI AGRICOLI**
Tel 080 5531429 Fax 080 2040713 Via Oberdan, 20
BARI

Data.....

Prot.....

OGGETTO: **Decesso lavoratore** - Infortunio sul lavoro o «in itinere»

Il sottoscritto..... nato il.....
a..... residente in.....
via..... n..... tel..... in qualità di erede del
defunto Sig. operaio agricolo c/o l'Azienda.....
nel Comune di

A seguito di decesso del coniuge/genitore/figlio per infortunio, **chiede il contributo «una tantum» di Euro 1 000,00 (mille/00)**, secondo quanto stabilito da codesta Spett. Cassa.

Il sottoscritto, è consapevole del fatto che il mancato versamento della contribuzione da parte dell'azienda comporta l'esclusione dal beneficio.

Allega alla presente

- 1. certificato di morte;**
- 2. attestato INAIL di riconoscimento dell'infortunio;**
- 3. stato di famiglia;**
- 4. fotocopia codice fiscale;**
- 5. IBAN;**
- 5. fotocopia busta paga.**

.....
(firma richiedente)

Informativa ex legge n. 675/96 - Tutela della privacy - Acconsento al trattamento dei miei dati personali qui contenuti unicamente nel rispetto della L. 675/96 e successive modificazioni e/o integrazioni e per fini esclusivamente e strettamente legati all'espletamento ed al buon fine della pratica di cui è domanda. Inoltre, in relazione al DLGS n. 196/2003 artt. 7 e 13, do il consenso al trattamento dei miei dati. Sono edotto del fatto che responsabile del trattamento dei miei dati personali è la C.I.M.A.L.A., che gli stessi non saranno diffusi o comunicati a terzi tranne nei casi previsti per il buon fine della pratica oggetto della presente istanza e che in qualsiasi momento potrò richiedere formalmente la loro modifica e/o cancellazione.

..... li

.....
(firma richiedente)