

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

Data.....

Prot.....

OGGETTO: Contributo spese scolastiche

Il/la sottoscritta nat il.....

a residente in.....

via..... n..... tel..... operaio agricolo c/o l'Azienda

..... nel Comune di

Chiede il contributo spese scolastiche di Euro 250,00 (duecentocinquanta/00) per il figlio disabile

..... frequentante il..... anno di scuole superiori presso l'Istituto
(cognome e nome)

..... del Comune di secondo quanto stabilito da codesta Spett. Cassa.
(denominazione)

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

Allega alla presente:

- 1. attestato di frequenza rilasciato dall'Istituto scolastico;**
- 2. certificato di invalidità rilasciato dalla competente Commissione Provinciale;**
- 3. ricevute di versamenti tasse e acquisti libri;**
- 4. fotocopia codice fiscale;**
- 5. stato di famiglia;**
- 6. IBAN;**
- 7. 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)