Spett le
C.I.M.A.L.A. E.B.A.T.
Sezione AZIENDE
Via Marchese di Montrone, 47
70122 BARI
PEC: cimalaebat.bandi@legalmail.it

OGGETTO: <u>NUOVO BANDO VISITE MEDICHE 2022</u>
Domanda di contributo sulle spese sostenute dalle aziende agricole per i lavoratori sottoposti a visita medica preventiva Anno 2022 (D. Lgs. 9 aprile 2008, n.81 e successive modificazioni e integrazioni).

Il/la sottoscritto _____

Nato/a a _____ il_____ residente in _____

via _____n°_____ Tel. _____

titolare/legale rappresentante dell'azienda agricola

C HIEDE

l'erogazione del contributo sulle spese sostenute per Nr. …… lavoratori agricoli sottoposti a visita medica preventiva (D. Lgs. 9 aprile 2008, n.81 e successive modificazioni e integrazioni) nell'Anno 2022, come da elenco nominativo allegato alla fattura del Medico, assunti dalla suddetta azienda.

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, dichiara che:

• l'Azienda è operante ed è iscritta nei ruoli INPS della Provincia di BARI e/o BAT,

• l'Azienda è in regola con il versamento a C.I.M.A.L.A. E.B.A.T. Bari dei contributi CAC provinciale e FIMI;

• l'Azienda è in regola con gli adempimenti previsti per il settore agricolo, in materia di sicurezza e salute e nei luoghi di lavoro, dal D.lgs. 81/2008 e successive modificazioni ed integrazioni;

• l'Azienda applica il vigente C.C.N.L. per gli Operai Agricoli ed il vigente C.P.L. per gli Operai Agricoli e Florovivaisti di Bari e BAT.

MODALITÁ DI PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE

Accredito sul c/c bancario/postale

Cod. IBAN __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
<u>composto da 27 caratteri</u>

Il sottoscritto, presa visione delle condizioni riportate nel bando pubblico del 16/10/2023, è consapevole che il mancato rispetto delle condizioni ivi previste comporta l'esclusione dalla erogazione del contributo.

ALLEGATI:
- copia fattura/e attestante/i le spese sostenute per i lavoratori agricoli sottoposti a visita medica preventiva Anno 2022, regolarmente quietanzata, completa dell'elenco nominativo dei lavoratori sottoposti a visita medica con l'indicazione del codice fiscale degli stessi;
- copia documento identità e codice fiscale del richiedente.

_____lì _____ (firma del richiedente)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 -Tutela della Privacy - Acconsento al trattamento dei miei dati personali qui contenuti per i casi esclusivamente e strettamente legati all'espletamento ed il buon fine della pratica per cui qui è inoltrata. Do il consenso al trattamento dei miei dati. Sono edotto del fatto che responsabile del trattamento dei miei dati personali è CIMALA EBAT BARI, che gli stessi non saranno diffusi o comunicati a terzi tranne che nei casi previsti per il buon fine della pratica oggetto della presente istanza e che in qualsiasi momento potrò richiedere la loro modifica e/o cancellazione.

_____lì _____ Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)