C.I.A.L.A. E.B.A.T. - Ente Bilaterale Agricolo Territoriale

Via Monfalcone, 69 – Foggia Tel. 0881. 771225 Fax 0881. 755630 PEC: cialafoggia@legalmail.it

Contributo visite mediche anni 2020/2021

Il sottoscritto ……., nato a …….,
il ……., e residente in …….,
Comune ……., Prov ……., Codice Fiscale ……
in qualità di:
|_| Titolale |_| Rappresentante legale
dell'Azienda ……. che ha sede nel Comune di ……., Partita IVA/Codice Fiscale ……
email…… tel……

CHIEDE

Il contributo di Euro …….
Per le spese sostenute per aver sottoposto n. ……..dipendenti alle visite mediche previste dal D. LGS. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modifiche e integrazioni.

A TAL FINE DICHIARA

- che nell'anno 2021 l'azienda in questione è operante ed iscritta all'INPS della Provincia di Foggia o dei Comuni di Margherita di Savoia, San Ferdinando di Puglia e Trinitapoli,;
- di essere in regola con i versamenti dei contributi all'Ente Bilaterale Territoriale CIALE-EBAT di Foggia (CAC provinciale e FIMI) negli ultimi 5 anni;
- il numero dei lavoratori sottoposti a visita medica è stato pari a ……:
- di essere in possesso del Documento Valutazione Rischi in corso di validità.
- L'IBAN dove accreditare il contributo è il seguente

I	T																						

Allega:

- Prospetto riepilogativo dei lavoratori sottoposti a visita medica;
- Copia modello UNILAV dei suddetti lavoratori;
- Fattura del medico competente con il numero dei lavoratori sottoposti a visita medica preventiva;

_____, _____ _____

(Firma del richiedente)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa ex legge n. 675/96 – Tutela della Privacy – Acconsento al trattenuto dei miei dati personali qui contenuti, unicamente nel rispetto della Legge n. 675/96 e successive modificazione e/o integrazioni e per i fini esclusivamente e strettamente legati all'espletamento ed al buon fine della pratica. Sono edotto del fatto che responsabile del trattamento dei miei dati personali è la CIALA- EBAT che gli stessi non saranno diffusi o cominciati a terzi tranne 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.

_____, _____ _____

(Firma del richiedente)