F.A.V.L.A.F.-E.B.A.T.
Tel. 0532/200151
Email: info@favlaf.it
PEC: favlafpec@mailsicura.info
Sito internet: www.favlaf.it

Spazio riservato all'Ufficio
F.A.V.L.A.F.-E.B.A.T

Arrivata il _____

Eventuale Ente di patronato _____

DOMANDA DI EROGAZIONE DELL'INDENNITA' INTEGRATIVA

Cognome _____ Nome _____ [M] [F]

Data di Nascita _____ Luogo di nascita _____

Cod.Fisc. _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-mail _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Comune _____ Località _____ Prov. _____

lavoratore ☐ a tempo determinato (O.T.D.) ☐ a tempo indeterminato (O.T.I.)

C H I E D E

l'erogazione della indennità integrativa di

☐ maternità

☐ malattia per il periodo dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

☐ infortunio sul lavoro per il periodo dal _____ al _____

☐ sostegno perdita lavoro (solo OTI)

☐ assegno funerario (solo settore privato)

☐ contributo a favore delle donne vittime di violenza di genere

MODALITA' DI INTEGRAZIONE

☐ Accredito su Conto Corrente codice IBAN:

La presente domanda deve essere corredata dei documenti richiesti come da istruzioni allegate.

Nel caso in cui la presente domanda fosse presentata da un erede, il richiedente la prestazione integrativa dichiara di voler liberare, come in effetti libera, F.A.V.L.A.F.-E.B.A.T da qualsivoglia responsabilità connessa e/o derivante da eventuali richieste vantate da altri coeredi.

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento EU n. 2016/679 GDPR, esprime il proprio consenso al trattamento di dati personali forniti al F.A.V.L.A.F.-E.B.A.T., con particolare riferimento ad istituti di credito e/o altri organismi cui i dati stessi potranno essere comunicati per la realizzazione degli obblighi statutari.
Presta esplicito consenso per il trattamento dei dati 'sensibili', nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nella informativa.
Le informazioni sulla privacy dell'Ente, sono consultabili al link www.favlaf.it

Data _____/_____/_____ Firma

_____