Cassa Integrazione Assistenza ai Lavoratori Agricoli

Via Monfalcone, 68-70-74-76 - 71121 FOGGIA
Tel. 0881/771225 – Fax 0881/755630 – e-mail: malattie.infortuni@cialafoggia.it

Io sottoscritto _____ nato il _____

a _____ C.F. _____

domiciliato in _____ via _____ tel _____ obbligatorio

e-mail _____

Codice Fiscale del Comiuge obbligatorio se coniugato. Se non indicato la domanda verrà rigettata. _____

elenchi dei lavoratori agricoli del Comune di _____ in qualità di Operaio Tempo Determinato / Indeterminato, **chiedo che mi venga corrisposta l' integrazione della indennità di malattia / infortunio** liquidatami dall' INPS / INAIL

per i periodi dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____ come da prospetti allegati.

Dichiaro che nel corso dell' annata agraria relativa, ho prestato lavoro alle dipendenze delle seguenti aziende che hanno effettuato le ritenute come da contratto.

Denominazione	Agro Comunale	Periodo di lavoro
1) _____	_____	dal _____ al _____ gg. _____
Via _____	n. _____ CAP _____	_____
2) _____	_____	dal _____ al _____ gg. _____
Via _____	n. _____ CAP _____	_____
3) _____	_____	dal _____ al _____ gg. _____
Via _____	n. _____ CAP _____	_____

Indicare il codice IBAN per il pagamento _____

Documenti da allegare: 1 - Prospetto di pagamento di malattia / infortunio 2 - Attestazione IBAN (Banca / Poste)

3 - Rapporti di lavoro (UNILAV / Buste paga) dell'anno a cui si riferisce la richiesta di integazione di malattia / infortunio

Data, _____ Firma _____

Delego il Patronato _____

A rappresentarmi ed assistermi gratuitamente in sede amministrativa, ed eleggo il mio domicilio presso lo stesso.

Data, _____ Firma _____

Timbro

Firma dell'operatore autorizzato a ricevere il mandato

_____

RISERVATO ALLA C.I.A.L.A.

Pervenuta il _____ Prot. n. _____