E.B.A.T.-F.A.V.L.A. CUNEO

Ente Bilaterale Agricolo Territoriale F.A.V.L.A. CUNEO

12100 Cuneo- Corso Carlo Brunet, 5- Tel./Fax. 0171/692477 C.F. 80008070049

RICHIESTA CONTRIBUTO
SUSSIDI SPECIALI PER MORTE/INVALIDITA' PERMANENTE (OPERAIO A TEMPO DETERMINATO)
(da presentare entro 90 giorni dalla data del decesso del dipendente agricolo)

Il sottoscritto ……nato a…… il……/……/……..

Cod. Fis. …….. residente in……

via/fraz. …… n…… Cell……..

in qualità di……. del dipendente agricolo OTD……

deceduto in data……/……/…… dichiara sotto la propria responsabilità di essere erede legittimo del dipendente

RICHIEDE

Il versamento del contributo Sussidi Speciali per Morte/Invalidità Permanente

del dipendente agricolo a Tempo Determinato ……

Si allegano:
Documento Identità dipendente agricolo e degli eredi legittimi
Certificato di Morte/Invalidità Permanente del dipendente agricolo
Stato di Famiglia del dipendente agricolo
Documentazione comprovante lo stato di salute dell'invalido (Invalidità Permanente)
Autocertificazione eredi e Autorizzazione accredito contributo ad unico erede (Morte)

Il contributo sarà liquidato mediante bonifico alle seguenti coordinate bancarie:

IBAN……..

Intestato a ……..

Data …../……/…… Firma ……

Il contributo sarà erogato con bonifico entro 90 giorni dal ricevimento della domanda da EBAT-FAVLA all'IBAN indicato.

DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto ……in qualità di

titolare/legale rappresentante dell'azienda agricola……

con sede in …… via/fraz. …… n. ……

P.iva …… Cod. Fis. …….. Tel……

DICHIARA

di avere / avere avuto alle proprie dipendenze il Sig. ……in qualità di operaio agricolo a tempo Determinato dal…… al……

Data …/…/…… Firma……..