

# CASSA AGRICOLA - E.B.A.T.A.F.

## Ente Bilaterale Agricolo Territoriale delle Province di Ascoli Piceno e Fermo

Via della Tintura, 8 – 63100 Ascoli Piceno - Tel.: 0736/257028 – Fax: 0736/257117 - E-mail.: prestazioni@ebataf.it  
Codice Fiscale: **80003370444**

Alle Aziende Agricole iscritte  
Agli Assistiti delle Aziende Agricole iscritte

**Loro Sedi**

### Oggetto: MODELLO di domanda Integrazione eventi di malattia/infortunio.

Stimatissimi,

la presente per ricordarvi le modalità di compilazione del modello in oggetto e **sollecitarvi al rispetto delle istruzioni di compilazione in esso riportate. In particolare Vi segnaliamo che:**

- **il periodo di assenza deve obbligatoriamente riferirsi all'inizio ed alla fine dell'evento denunciato e mai può essere indicato una data diversa** (per esempio l'inizio e la fine del periodo di paga adottato dall'Azienda);
- nel campo "dal" va **sempre** e solamente indicata la data iniziale dell'evento e mai può essere inserito un dato diverso;
- nel campo "al" va **sempre** indicata la data di fine dell'evento;
- nel caso di richiesta di liquidazione di un **acconto**, può essere temporaneamente indicata la data di fine dell'ultimo certificato medico;
- **nel caso di continuazione dello stesso evento**, si possono presentare anche più di una domanda di acconto e/o saldo ma, ogni volta, va ripresentata obbligatoriamente una apposita domanda di integrazione e, **nel campo "dal" di ciascuna domanda di acconto o di saldo, va sempre indicata la data iniziale dell'unico evento;**
- **nel caso di più eventi non continuativi**, anche nel medesimo periodo di paga, **va sempre compilata una specifica domanda per ciascun evento non essendo mai possibile inserire più periodi "dal" "al" all'interno di una medesima domanda;**
- **è obbligatorio indicare tutti i dati richiesti nei campi del modello compresa la dichiarazione relativa al rapporto di lavoro;**
- **nella parte relativa alla dichiarazione del rapporto di lavoro, l'Azienda deve sempre indicare il rapporto di lavoro inerente il periodo di malattia o infortunio indicato nella domanda;**
- **è obbligatorio compilare anche la pagina 2 di 2 (retro del modello di domanda) con il consenso privacy, vedi punto 3 delle avvertenze e incorporato nella "pagina retro" del modello di domanda.**

### **Vi raccomandiamo il rispetto delle suddette regole per il buon esito della liquidazione delle domande di integrazione.**

Qualora dovessero pervenire domande compilate con periodi difformi da quelli richiesti Vi informiamo che esse verranno sospese in attesa di perfezionamento mediante presentazione di nuova domanda correttamente compilata.

Per qualsiasi ulteriore chiarimento o informazione potrete rivolgerVi, durante l'orario di apertura al pubblico, presso i nostri uffici che restano comunque a Vostra disposizione.

Distinti saluti.

Il Presidente del Comitato di Gestione.  
(Dott. Arch. Carlo Maria Saladini)

