



**Ente Bilaterale Agricolo Territoriale di Siracusa**

**C. I. M. I.**

**(Cassa Integrazione Malattia ed Infortuni)**

*Ente fondato dalle Associazioni di categoria e dei lavoratori della provincia di Siracusa*



## **RICHIESTA CORSI DI FORMAZIONE**

**All'Ente Bilaterale Agricolo Territoriale  
Gestione C.I.M.I.  
Via Tevere,64  
96100 Siracusa-  
cimisiracusa@pec.it**

**Il/la sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. /cell. \_\_\_\_\_ In qualità di titolare  / legale rappresentante dell'azienda agricola  / dipendente dell'azienda  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ con sede legale in \_\_\_\_\_ c.f./p.iva \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

- DI ESSERE IN REGOLA CON I CONTRIBUTI FIMI E CAC .....

- DI ESSERE IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DELLE RATE DEL PIANO DI DILAZIONE DEI CONTRIBUTI FIMI E CAC CONCESSO DAL CIMI-EBAT.....

- DI ESSERE DIPENDENTE o ESSERE STATO ASSUNTO NEGLI ULTIMI 12 MESI PRESSO AZIENDA CHE RIENTRA IN UNA DELLE CONDIZIONI DI CUI SOPRA indicare l'azienda in cui è stato assunto nei 12 mesi antecedenti e allegare copia della busta paga

.....

## CHIEDE

Per i seguenti operai agricoli attualmente alle proprie dipendenze o che hanno presentato istanza di riassunzione ai sensi dell'art.6 del CPL.

1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								

La partecipazione ai seguenti Corsi di formazione:

- **CORSO RSPP** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **RINNOVO RSPP** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO PER PREPOSTI** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO PER PREPOSTI AGGIORNAMENTO** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO RLS** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **RINNOVO RLS** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_



**Ente Bilaterale Agricolo Territoriale di Siracusa**  
**C. I. M. I.**

**(Cassa Integrazione Malattia ed Infortuni)**

*Ente fondato dalle Associazioni di categoria e dei lavoratori della provincia di Siracusa*



- **CORSO ANTINCENDIO** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO DI PRIMO SOCCORSO** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO INFORMAZIONE/FORMAZIONE LAVORATORE** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO PER CARELLISTI/MULETTISTI/TRATTORISTI** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO POTATORI** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **CORSO PER ALIMENTARISTI** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_
- **VISITE MEDICHE** indicare il numero di partecipanti \_\_\_\_\_

**FIRMA**

**Luogo e data**

---

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Ricevute le informazioni di cui al Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03 e preso atto sia che i dati personali che la riguardano rientrano tra i così detti dati "sensibili", che dei diritti, esprime senza riserve il consenso, previsto dal D.L. n. 196 del 30.06.03, al trattamento da parte del C.I.M.I. per il perseguimento delle sue finalità istituzionali, sia dei dati personali che riguardano il sottoscritto che dei dati personali "sensibili".

**FIRMA**

\_\_\_\_\_