



Ente Bilaterale Agricolo Territoriale di Siracusa
C. I. M. I.
(Cassa Integrazione Malattia ed Infortuni)

Modello richiesta CONTRIBUTO LIBRI E SPESE SCOLATICHE

All'Ente Bilaterale Agricolo Territoriale
Gestione C.I.M.I.
Via Tevere,64
96100 Siracusa

Il/la sottoscritto/a

cognome **nome**

nato il **comune nascita** **di**

codice fiscale

Tel. /cell. _____

nella qualità di operaio OTI – OTD

Presso le seguenti aziende agricole (SI RACCOMANDA LA COMPLETEZZA E LA CHIAREZZA):

Denominazione _____ Comune _____ (Prov. _____) Codice
Fiscale/Partita IVA _____ N. _____ giornate lavorate

Denominazione _____ Comune _____ (Prov. _____) Codice
Fiscale/Partita IVA _____ N. _____ giornate lavorate

Denominazione _____ Comune _____ (Prov. _____)
Codice Fiscale/Partita IVA _____ N. _____ giornate lavorate

e nella qualità (genitore o avente la rappresentanza legale)
di dello studente

cognome **nome**

nato il **comune di nascita**



Ente Bilaterale Agricolo Territoriale di Siracusa
C. I. M. I.
(Cassa Integrazione Malattia ed Infortuni)

codice fiscale
residenza anagrafica (se diversa da quella del dichiarante):
comune Prov.
via/piazza n. c.a.p.

CHIEDE

IL CONTRIBUTO PER L'ACQUISTO DI LIBRI E SPESE SCOLASTICHE sostenute per l'anno scolastico **20.../20..**,

DATI RELATIVI ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA FREQUENTATA DAL FIGLIO
NELL'ANNO SCOLASTICO 20.../20....

denominazione scuola
comune Prov.
via/piazza n. cap.
telefono

ISTITUZIONE SCOLASTICA

(apporre una "X" accanto alla scuola frequentata)

STATALE

PARITARIA

Alla presente allega:

- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- certificato di frequenza ed iscrizione al nuovo anno scolastico o universitario
- copia della documentazione fiscale relativa all'acquisto di libri e alle spese scolastiche (fattura o ricevuta fiscale con indicazione dettagliata degli articoli acquistati)
- copia del cedolino paga o del modello UNILAV di assunzione riferiti ai 12 mesi antecedenti l'istanza di rimborso
- copia dell'coordinate bancarie IBAN con l'esatta indicazione dell'intestatario del c/c bancario o postale

Luogo e data, _____

FIRMA



Ente Bilaterale Agricolo Territoriale di Siracusa
C. I. M. I.
(Cassa Integrazione Malattia ed Infortuni)

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.MI. per il perseguimento delle sue finalità istituzionali, sia dei dati personali che riguardano il sottoscritto che dei dati personali "sensibili".

FIRMA

Il sottoscritto chiede che l'erogazione della prestazione venga liquidata (barrare la casella):

Tramite accredito con bonifico **sul C/C bancario** acceso presso:

Banca: _____ Ag. _____ città _____

Codice IBAN _____

Intestato a _____