



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

**Modello richiesta premi di studio (SCUOLE MEDIE e SUPERIORI)**

**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**

l'erogazione **del premio di studio** per l'anno scolastico **20..../20....**,

**DATI RELATIVI ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA FREQUENTATA**  
**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

SCUOLA (apporre una "X" accanto alla scuola frequentata)

SECONDARIA  
DI 1° GRADO  
(MEDIE)

SECONDARIA  
DI 2° GRADO  
(SUPERIORI)

VOTAZIONE FINALE

Alla presente allega:

- copia fotostatica del documento di identità in corso di validità del sottoscrittore
- originale del certificato del diploma di scuola secondaria di primo grado (scuole medie) con indicazione del voto;
- originale del certificato del diploma di scuola secondaria di secondo grado (scuole superiori) con indicazione del voto;
- copia del cedolino paga o del modello UNILAV di assunzione inerente il rapporto di lavoro in atto o cessato da un massimo di giorni 365( trecentosessantacinque ) dalla presente istanza.

**FIRMA**

**Luogo e data**



**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.M.I. 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 proprio C/C bancario acceso presso:

Banca: \_\_\_\_\_ Ag. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_