



Il sottoscritto ..... codice fiscale.....  
attualmente alle dipendenze della ditta.....

**delega**

la ditta..... codice fiscale/P.Iva.....

a richiedere alla Cassa Indennità Malattia Lavoratori Agricoli (Cimlag) la prestazione integrativa per:

- malattia;
- infortunio;

La ditta provvederà ad anticipare al lavoratore l'indennità integrativa e ad essere a sua volta liquidata degli importi versati al lavoratore dalla Cassa Indennità Malattia Lavoratori Agricoli (Cimlag).

data .....

firma .....

**Informativa breve ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016**

La informiamo che i dati da Lei conferiti saranno comunicati alla Cassa Indennità Malattia Lavoratori Agricoli (Cimlag), con la finalità di identificare il lavoratore e permetterle di perfezionare la sua domanda di integrazione. E' possibile rivolgersi al titolare scrivendo a [cimlag@virgilio.it](mailto:cimlag@virgilio.it) per ricevere informazioni più dettagliate sulle modalità di trattamento e per esercitare i diritti di accesso, rettifica dei propri dati.

data .....

firma .....

Via Romano Guardini, 63  
Condominio Spazio 2000  
38121 TRENTO (TN)  
Tel. 0461 915547 - Fax 0461 915547  
C.F. 96006710220

e-mail: [cimlag@virgilio.it](mailto:cimlag@virgilio.it)  
[www.cimlag-tn.it](http://www.cimlag-tn.it)