

F.I.M.I.A.V.

Fondo Integrazione Malattia e Infortunio e Assistenza Volontaria

Piazza Tacito, 2 - 05100 TERNI

Il Sottoscritto _____ Cod.Fisc _____ nato a _____ il
_____ residente a _____ Via _____ n. _____
, dipendente dell'Azienda Agricola _____

CHIEDE

che gli venga liquidato il contributo di integrazione malattia-infortunio a far data dal _____ al
_____ per n. _____ giorni indennizzabili.

Il sottoscritto:

1. dichiara sotto la propria responsabilità di non aver o né di dover percepire direttamente dal datore di lavoro o da altri Enti, analogo trattamento a quello del F.I.M.I.A.V. per lo stesso periodo.
2. dichiara di aver diritto alle detrazioni di imposta:
3. autorizza il Fondo al trattamento dei propri dati personali in base alla legge 675/96

Allega:

- a. la ricevuta attestante l'avvenuta erogazione a saldo dell'indennità di malattia-infortunio da parte dell'INPS-INAIL
- b. copia della busta paga del mese precedente il verificarsi l'evento.

Data _____ Firma (leggibile) _____

AZIENDA _____

Si dichiara che il Sig. _____ nato il _____ a _____ è stato assunto da questa azienda in data _____ con rapporto di lavoro a tempo determinato-indeterminato (oppure licenziato il _____)

Inoltre si conferma che lo stesso trovasi nelle condizioni sopra indicate e per la causa adotta è rimasto assente dal lavoro dal _____ al _____

Dichiara inoltre di aver trattenuto al lavoratore gli importi dovuti al FIMIIV e di aver provveduto al versamento di quanto dovuto al fondo relativamente al periodo precedente e di provvedere a versare quanto dovuto per il periodo in corso non appena perverrà la richiesta dagli organi preposti.

Data _____ Timbro e firma dell'Azienda _____