

F.I.M.I.A.V.
FONDO INTEGRAZIONE MALATTIA INFORTUNIO E ASSISTENZA VOLONTARIA
Strada di Cardeto 52, 05100 - TERNI
Tel.0744/421848 - email info@fimiav.it - www.fimiav.it

OGGETTO: Richiesta contributo/ indennità

Il sottoscritto nato a il

Residente a Via n°

Tel: Cell: e-mail:

C.F.

FISSO (tempo indeterminato OTI)

AVVENTIZIO (tempo determinato OTD)

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Pratica n.

Presentata in data

Al momento dell'evento dipendente dell'Azienda

Codice Fiscale

sita nel Comune di Loc.

tel. Cell. e-mail

FIRMA E TIMBRO DELL'AZIENDA

C H I E D E

che gli sia concesso il contributo previsto dal regolamento del F.I.M.I.A.V. per (barrare l'ipotesi che ricorre) :

☐ indennità di malattia ☐ indennità di infortunio ☐ altro

per n° giornate dal al dal al

dal al dal al

N.B.: è obbligatorio allegare alla presente:

- BUSTA PAGA/PROSPETTO INPS del mese o dei mesi di malattia e/o infortunio

- PROSPETTO INPS/INAIL

Pagamento con bonifico sul c/c IBAN

DATA

FIRMA DEL LAVORATORE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto in relazione all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 D.L.gs. del 30/06/2003 n° 196 esprime, ai sensi dell' art. 26 del D.L.gs. del 30/06/2003 n° 196, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti al Fondo Indennità Malattie Infortuni Lavoratori Agricoli, con particolare riguardo alla loro comunicazione all'istituto di credito per la liquidazione dell'indennità e per le altre comunicazioni per le attività istituzionali svolte dal Fondo. Presta infine esplicito consenso per il trattamento dei dati "sensibili" nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa.

Firma del lavoratore

Tutta la documentazione necessaria all'espletamento della pratica deve essere inviata a:

silvia.cottini@confagricolturaumbria.it oppure laura.calabresi@confagricolturaumbria.it