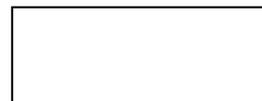


**FONDO INTEGRAZIONE INDENNITA' MALATTIA INFORTUNIO  
ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA TREVIGIANA**

timbro e nominativo

Via Feltrina, 56/B - 31038 Castagnole di PAESE (TV) - C.F. 94025350268 - [www.fiimiebatreviso.it](http://www.fiimiebatreviso.it)  
Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098 - e-mail: - [fiimi.ebat@gmail.com](mailto:fiimi.ebat@gmail.com) - [fiimitv@pec.it](mailto:fiimitv@pec.it)



**RICHIESTA EROGAZIONE INDENNITA' EXTRA-LEGEM**

(ai sensi degli art. 62 del C.C.N.L. s.m.i. e 20 C.C.P.L. s.m.i.)

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A** (i campi sono obbligatori)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Codice fiscale coniuge \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'INDENNITA' PER** (contrassegnare la casella):

MALATTIA     INFORTUNIO    Dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMPILARE CON AUTOCERTIFICAZIONE LE RICHIESTE PER:**

**CONTRIBUTO MATERNITA'/PATERNITA'** Codice Fiscale (figlio) \_\_\_\_\_

**CONTRIBUTO PRIMA MEDIA**     **CONTRIBUTO SCUOLA SUPERIORE**     **CONTRIBUTO UNIVERSITARIO**

**CONTRIBUTO ASILO NIDO**     **CONTRIBUTO SCUOLA MATERNA**     **CONTRIBUTO CENTRI ESTIVI**

**BONUS LAUREA IN MATERIE AGRARIE**

**RIMBORSO SPESE MEDICHE**   

**DICHIARA**

Che per il periodo cui si fa riferimento risulta regolarmente assunto, quale lavoratore dipendente, presso:

L'azienda \_\_\_\_\_ Cod. fisc. /P. Iva \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Con il seguente contratto di lavoro (barrare la casella corrispondente):

**Operaio a tempo indeterminato (fisso)**

**Operaio a tempo determinato (avventizio)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Comune</b>               | <input type="checkbox"/> <b>Specializzato</b>       |
| <input type="checkbox"/> <b>Qualificato</b>          | <input type="checkbox"/> <b>Specializzato Super</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Qualificato Super</b>    |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Apprendista</b>          |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore part-time</b> |   |

**Firma**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO FAMIGLIA

IL /LA SOTTOSCRITTO/A: \_\_\_\_\_

al fine di ottenere i contributi e prestazioni

### **DICHIARA**

che, per il periodo a cui fa riferimento la pratica, il proprio nucleo familiare si compone di:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	A CARICO:	
				SI	NO
1					
2					
3					
4					
5					

Letto, confermato e sottoscritto.

**Firma del dichiarante**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(Ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. 196/03 e art. 15 GDPR UE 2016/679)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 e dell'art.13 del GDPR UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata Legge e Regolamento UE, nei limiti e per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### ALLEGATI OBBLIGATORI:

1. Per **TUTTE** le richieste d'integrazioni va allegata una busta paga, un documento d'identità e una copia del cod. IBAN. Per tutte le prestazioni tranne per le malattie/infortunio, va allegata un'autocertificazione di stato famiglia, il codice fiscale dei figli e del coniuge.
2. Alla domanda d'indennità per **malattia** vanno allegati: per i lavoratori a tempo determinato, il prospetto di liquidazione rilasciato dall'INPS. Per i lavoratori a tempo indeterminato, il certificato medico telematico e la busta paga del periodo in questione. Per l'integrazione d'**infortunio** va allegato il prospetto di liquidazione dell'INAIL.
3. All'integrazione per **maternità/paternità** vanno allegati: il certificato di nascita con esposto il rapporto di genitorialità, codice fiscale del figlio.
4. Per il contributo su **prestazioni specialistiche** allegare: fotocopie fatture attestanti il pagamento delle visite specialistiche, ed in caso siano intestate ai familiari, un'autocertificazione familiari a carico.
5. Contributo per la **scuola superiore, prima media, scuola materna ed asilo nido** allegare: autocertificazione familiari a carico, certificato di iscrizione all'anno scolastico/modulo di autocertificazione alla frequenza scolastica, scontrini di pagamento dei libri o le ricevute della tassa scolastica, delle rette scolastiche o buoni pasto.
6. Contributo **universitario** va allegato: il certificato d'iscrizione alla facoltà/modulo di autocertificazione alla frequenza scolastica, piano di studi con gli esami effettuati, allegare copia delle ricevute che attestino le spese sostenute ad esempio per acquisto di libri, o tasse scolastiche, spese di trasporto ecc...

**ATTENZIONE: IL FIMI-EBAT NON LIQUIDERA' LE DOMANDE CON DATI MANCANTI O PRIVE DEGLI ALLEGATI**