

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
Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098 - e-mail: - fiimi.ebat@gmail.com - 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"/> Comune | <input type="checkbox"/> Specializzato |
| <input type="checkbox"/> Qualificato | <input type="checkbox"/> Specializzato Super |
| <input type="checkbox"/> Qualificato Super | |
| <input type="checkbox"/> Apprendista | |
| <input type="checkbox"/> Lavoratore part-time | |

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