

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

Via Feltrina, 56/B - 31038 Castagnole di PAESE (TV) Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098
C.F. 94025350268 E-mail: fiimi.ebat@gmail.com fiimitv@pec.it il sito è: www.fiimiebattreviso.it

OGGETTO: Richiesta di contributo per la sorveglianza sanitaria e l'informazione/formazione dei lavoratori

• **DATI AZIENDALI** (i campi sono obbligatori)

Ragione Sociale _____

Sede Legale _____

Via _____ Cap _____ Comune _____

Sede Operativa _____ Cap _____ Comune _____

Partita IVA _____ Codice Fiscale _____

e-mail _____ PEC _____

Telefono _____ Iban _____

• **DATI PERSONALI** (i campi sono obbligatori)

Legale Rappresentante _____

Luogo di nascita _____ il (gg/mm/aa) _____

Residente a _____ in via _____ nr. ____ Cap _____

Codice Fiscale _____ Telefono _____

CHIEDE IL CONTRIBUTO

- per i costi sostenuti relativi alla Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria dei lavoratori agricoli per N _____ dipendenti**
- per i costi sostenuti relativi alla Formazione/Informazione dei lavoratori agricoli per N _____ dipendenti**
- per i costi sostenuti relativi all'acquisto e/o al controllo periodico di estintori**
- per i costi sostenuti per l'acquisto di un defibrillatore**

Con la presente il datore di lavoro dichiara di essere in regola con i versamenti dei contributi al FIIMI – EBAT, con la normativa vigente in materia di Sicurezza nei luoghi di lavoro e si impegna a comunicare, con l'apposito modulo predisposto, direttamente al FIIMI – EBAT l'elenco dei lavoratori da sottoporre a sorveglianza sanitaria e/o formazione, completo dei dati anagrafici richiesti.

Firma del Legale Rappresentante

Data ____/____/____

ALLEGATI:

1. Per tutte le richieste di contributo va allegata copia della fattura (con specifica del nome dei dipendenti soggetti alla normativa).
2. Attestazione del pagamento della fattura (bonifico bancario – A/C o Bancario)
3. Una fotocopia del documento di identità del dipendente sottoposto a visita medica o corso di formazione.
4. Per il corso di formazione copia dell'attestato di abilitazione in formato pdf.
5. L'azienda dichiara che non ha richiesto, per la medesima formazione, altre forme di finanziamento, pubblico o privato.

ATTENZIONE: IL FIIMI SI RISERVA DI NON ACCETTARE LE DOMANDE CON DATI MANCANTI ED INESATTI O PRIVE DEGLI ALLEGATI RICHIESTI.

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

Via Feltrina, 56/B - 31038 Castagnole di PAESE (TV) Tel. 0422/540660 Fax 0422/454098
C.F. 94025350268 E-mail: fiimi.ebat@gmail.com fiimitv@pec.it il sito è: www.fiimiebattreviso.it

ALLEGATO NOMINATIVI DIPENDENTI

N.	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE Indirizzo di residenza	N. TELEFONO / MAIL
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Letto, confermato e sottoscritto

Firma del legale rappresentante

Data: ____ / ____ / ____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

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

Il sottoscritto presa visione dell'Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo UE 679/2016 autorizza il FIIMI-EBAT al trattamento cartaceo ed informatico dei propri dati personali e sensibili. Il trattamento avverrà per finalità e nei limiti correlati alla richiesta di rimborso in oggetto. I dati richiesti con la scheda, necessari ed indispensabili per la valutazione dei requisiti di accesso al diritto di rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni del caso, alle associazioni sindacali partecipanti al Comitato di Gestione e non saranno oggetto di diffusione.

Li, _____

Firma, _____