Spett.le FIMAVLA – EBAT Viterbo
Via Mantova, 4
01100 Viterbo
PECfimavlaebatviterbo@pec.it

Il/la sottoscritto/a, lavoratore agricolo, CHIEDE il **"Contributo per l'acquisto delle protesi dentarie",** effettuato nell'anno 202__, dichiara che nell'anno 202__ (*anno dell'acquisto*) ha effettuato n° …. giornate di lavoro presso l'azienda agricola……..…… sita nel comune di……..……, C.F. ……

e, all'uopo, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati:

Cognome e nome ……

nato/a a ……..…….. il ……..

residente in …….…… CAP ……...

in Via/Piazza …….…….. N° …….

Codice fiscale ……..……Tel. ……

Conto Corrente IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail ……

Informativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii. – T.U. sulla Privacy)

Il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento, ***presta il proprio consenso*** per il trattamento dei dati personali, che verranno trattati ai fini del D.Lgs. n. 196/03 per gestire l'erogazione del contributo per l'acquisto delle protesi dentarie. Titolare del trattamento dei dati sarà il FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Tutti i dati forniti verranno trattati manualmente o con strumenti informatici e nonsaranno comunicati a persone o soggetti diversi dal FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Il titolare garantisce che saranno rispettati i diritti contemplati dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, ivi compreso il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora l'interessato ne avesse la necessità, l'integrazione dei dati ed il rispetto del diritto dell'interessato stesso di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei dati personali.

Data …… Firma della richiedente ….……..

ATTESTAZIONE DELLA DITTA

Il sottoscritto …….…….…….. titolare/rappresentante legale dell'azienda agricola ……..…….C.F. …….

esercente attività agricola nel Comune di …….dichiaro che il lavoratore/la lavoratrice sig./ra……..……

nell'anno 202__ è stato/a alle dipendenze di questa azienda agricola con la qualifica di operaio ……. effettuando N° …..…… giornate di lavoro.

Per le stesse ho regolarmente pagato i contributi richiesti dall'INPS, ivi comprese le somme destinate al Fondo Integrazione Malattia Infortuni e all'Assistenza Contrattuale Provinciale.

Data …… Firma e timbro dell'azienda ……

DELEGA

Io sottoscritto…….. delego il seguente sindacato/patronato…… a presentare la richiesta di indennizzo malattia-infortunio e presto il consenso per il trattamento dei dati personali per gestire l'erogazione del trattamento di integrazione. Titolare del trattamento dei dati sarà il FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Luogo..... Data..... Firma.....

Allega alla presente copia della seguente documentazione:

- Prescrizione del medico specialista dentista
- Fotocopia fattura acquisto protesi dentarie
- Fotocopia documento di riconoscimento

N.B. la mancata presentazione della prescrizione attestante la necessità di protesi dentarie, la mancata indicazione dell'IBAN, le firme non in originale e della copia del documento di riconoscimento, la mancata regolarità contributiva della Ditta non consentono il pagamento di nessun indennizzo da parte del Fondo.

Il contributo massimo richiedibile è pari ad euro 1.500,00 annue.

L'inoltro al Fondo della presente richiesta può essere fatto per raccomandata o per PEC entro e non oltre il 28/02 dell'anno successivo alla data di acquisto.

Per informazioni sullo stato della pratica: info@fimavlaviterbo.it; Tel. 0761/2351209