

F.I.M.I.L.A.
FONDO INDENNITA' MALATTIA INFORTUNIO LAVORATORI AGRICOLI
 Via San Bartolomeo, 79 Ponte San Giovanni - PERUGIA - Tel. 075/597071 - Fax:5970740
 e-mail perugia@confagricolura.it

OGGETTO: Richiesta contributo integrativo malattie ed infortuni

Il sottoscritto nato a il

Residente a Via n°

Tel: Cell:

C.F.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
Prot. n. _____
del _____
Domanda di indennità n. _____
Presentata in data _____

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>OPERAIO AGRICOLO</u>
<input type="checkbox"/> <u>OPERAIO FLOROVIVAISTA</u>
<input type="checkbox"/> <u>OPERAIO COOPERATIVE AGRICOLE</u>
<input type="checkbox"/> <u>OPERAIO COOPERATIVE ALIMENTARI</u> | <input type="checkbox"/> FISSO (tempo indeterminato OTI)
<input type="checkbox"/> AVVENTIZIO (tempo determinato OTD) |
|---|---|

Qualifica: (obbligatoria anche per gli avventizi)

OTI- OTD OPERAIO AGRICOLO OPERAIO FLOROVIVAISTA	OTI - OTD COOPERATIVE AGRICOLE	OTI - OTD COOPERATIVE ALIMENTARI
<input type="checkbox"/> 1° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 1° LIV. SPEC. SUPER	<input type="checkbox"/> LIV. 1° A
<input type="checkbox"/> 2° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 2° LIV. SPECIALIZ	<input type="checkbox"/> LIV. 1
<input type="checkbox"/> 3° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 3° LIV. QUAL. SUPER	<input type="checkbox"/> LIV. 2
<input type="checkbox"/> 4° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 4° QUALIFICATO	<input type="checkbox"/> LIV. 3° A
<input type="checkbox"/> 5° LIVELLO	<input type="checkbox"/> 5° COMUNE	<input type="checkbox"/> LIV. 3
<input type="checkbox"/> 6° LIVELLO	<input type="checkbox"/> OPERAIO NON PROF.	<input type="checkbox"/> LIV. 4
<input type="checkbox"/> 7° LIVELLO		<input type="checkbox"/> LIV. 5
<input type="checkbox"/> 8° LIVELLO		<input type="checkbox"/> LIV. 6
<input type="checkbox"/> 9° LIVELLO		

Al momento dell'evento dipendente dell'Azienda

di cui è proprietario il sig. _____

Codice Fiscale _____

posta nel Comune di _____ Loc. _____

tel. _____ fax _____ e-mail _____

FIRMA E TIMBRO DELL'AZIENDA

C H I E D E

che gli sia concesso il contributo previsto

per l'Integrazione Indennità Malattie e Infortuni per n°

Giornate di malattia - infortunio dal _____ al _____ dal _____ al _____

dal _____ al _____ dal _____ al _____

(obbligatorio) Allegare alla presente la documentazione prescritta dall'INPS/INAIL attestante il numero delle giornate e l'importo totale indennizzato, e copia dell'ultima busta paga.

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 ed Assistenze varie, 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 _____

A V V E R T E N Z E

1. Il contributo integrativo viene concesso per il numero di giornate di malattia o di infortunio indennizzate dall' I.N.P.S. o dall' I.N.A.I.L., e sono escluse pertanto le giornate non indennizzate da tali enti, fatta eccezione per i giorni di carenza che vengono gestiti diversamente dal F.I.M.I.L.A. il periodo indennizzabile massimo è di 180 giornate annuali.
2. Il Contributo Integrativo non potrà essere concesso se l'azienda agricola presso la quale il richiedente presta servizio non ha versato il contributo F.I.M.I.L.A. dell'annata nella quale si è verificato l'evento di malattia o di infortunio.
3. Alla domanda devono essere allegati sempre i seguenti documenti:

Per malattia o infortunio - documento o tagliando di saldo rilasciato dall'I.N.P.S. o dall'I.N.A.I.L.

Busta Paga relativa al periodo in cui si è verificato l'evento.
4. Eventuali reclami circa l'importo del contributo integrativo concesso devono essere presentati al F.I.M.I.L.A. entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento dell'assegno.
5. Le Pratiche di integrazione di malattia ed infortunio dovranno essere presentate entro 12 mesi dalla liquidazione degli Istituti Previdenziali.