

Via Don Minzoni, 2 04100 Latina

Luogo e data

Tel. 0773/1718703 - Fax 0773/1871140

Mail: <u>segreteria@fislas.com</u> Pec: <u>fislas@pec.it</u> Web: <u>www.fislas.com</u>

SPAZIO RISERVATO AL F.I.S.L.A.S.

(La domanda va presentata entro e non oltre 90 giorni dalla data della fattura)								
Il sottoscritto:	nato/a a:	:		il:				
Residente in (Comune):								
in qualità di □ legale rappresentante □ titolare dell'Azienda agricola:								
Codice Fiscale: Partita IVA:								
con sede legale in Via:	n Via:							
Cap: Città:								
Tel. E.Mail:								
ID ANI.								
IBAN:								
				<u> </u>	_ 1 1			
Allegati:								
□ Copia del documento d'identità del richiedente (preferibilmente CARTA D'IDENTITA'); □ Fattura della prestazione medica che attesti il numero delle visite sostenute;								
□ Lista dei lavoratori sottoposti a visita	,							
 Busta paga o domanda di assunzion 			visita che att	testi il rappo	rto in es	sere con		
l'azienda richiedente; □ OBBLIGATORIO allegare copia del codice IBAN CC. BANCARIO/POSTALE dell'azienda.								
DENOMINAZIONE AZIENDA			TIMBRO)				
N.B. LO STATO DELLA DOMANDA SARA' COMUNIC	ATO TRAMITE E-MAIL; IN CASO	DI MANCATA RISPO	OSTA SI INVITA	A A SOLLECITA	ARNE LA I	LAVORAZIO	ONE.	
☐ Ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003, dichiara di	acconsentire al trattamento dei suo	i dati personali per le	e finalità strettam	ente connesse	alla preser	nte domanda	э.	

Firma

Elenco dipendenti sottoposti a visita

N° Fattura Data Fattura

Importo Totale Fattura

Importo totale Visita Medica

N°	COGNOME E NOME	CODICE FISCALE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		