Fondo Indennità Salariati Lavoratori Agricoli Subordinati

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

Via Don Minzoni, 2
04100 Latina
Tel. 0773/1718703 - Fax 0773/1871140
Mail: segreteria@fislas.com Pec: fislas@pec.it Web: www.fislas.com

MODULO DI INTEGRAZIONE MALATTIA E INFORTUNIO

(La domanda va presentata entro 180 giorni dal ricevimento della liquidazione della malattia INPS o dell'infortunio INAIL)

Cognome:	**Nome:**	
Nato a:	**Prov.:**	**Data:**
Residente in (Comune):	**Cap:**	**Prov.:**
Indirizzo:		
Cellulare/Telefono:	**Mail:**	

IBAN:

In qualità di operaio a tempo: **Presso l'Azienda:** _____

☐ OTD ☐ OTI dal _____ P.IVA/C.F._____ TEL._____

Richiede l'indennità di integrazione per:

☐ Malattia ☐ Infortunio

Allegati:

☐	Prospetto di liquidazione della malattia INPS o dell'infortunio INAIL (cedolino, estratto conto bancario e/o postale in cui venga specificato il nome di chi ha percepito l'indennità e la data di pagamento oppure stampa del cassetto previdenziale del cittadino con le prestazioni in pagamento; **NO CERTIFICATO MEDICO**);
☐	SE **OTD**: copia busta paga dell'anno in corso o comunque antecedente al periodo dell'indennità (solo nel caso in cui il dipendente abbia lavorato presso più aziende allegare più buste paga);
☐	SE **OTI**: autocertificazione dell'azienda o busta paga con dettaglio delle giornate relative alla malattia sostenuta;
☐	Copia del documento d'identità del richiedente (preferibilmente CARTA D'IDENTITA');
☐	**OBBLIGATORIO** allegare Copia del codice IBAN CC. BANCARIO/POSTALE (**IL BONIFICO SU LIBRETTO POSTALE VIENE RIFIUTATO DALLA BANCA).**

Il/la sottoscritto/a:

☐ per l'espletamento della pratica delega il Sindacato / Patronato ad assisterlo/a gratuitamente **Firma** _____

DENOMINAZIONE SINDACATO/PATRONATO	**TIMBRO SINDACATO/PATRONATO**
_____	

N.B. LO STATO DELLA DOMANDA SARA' COMUNICATO AL SINDACATO/PATRONATO TRAMITE E-MAIL; IN CASO DI MANCATA RISPOSTA SI INVITA A SOLLECITARNE LA LAVORAZIONE.

☐ Ai sensi dell'art. 13 del Dlgs n. 196/2003, dichiara di acconsentire al trattamento dei suoi dati personali per le finalità strettamente connesse alla presente domanda.

Luogo e data _____ **Firma** _____