



Fondo Indennità Salariati Lavoratori Agricoli Subordinati

Via Don Minzoni, 2

04100 Latina

Tel. 0773/1718703 - Fax 0773/1871140

Mail: segreteria@fislas.com Pec: fislas@pec.it Web: www.fislas.com

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

RICHIESTA DI RIMBORSO PER REUMA TEST- AZIENDA
 (Le domande possono essere presentate entro e non oltre 90 gg dalla data della fattura)

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

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

In qualità di:

Titolare

Coadiuvante

Socio

Il/la sottoscritto/a essendo a conoscenza del regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Fislas, dichiara di aver sostenuto una spesa per il Reuma Test per cui allega regolare attestazione del pagamento e richiede un rimborso della spesa sostenuta secondo i parametri di finanziamento indicati dal regolamento dell'Ente.

Allegati:

<input type="checkbox"/> Fattura della prestazione;
<input type="checkbox"/> Copia della Visura camerale (se titolare o socio);
<input type="checkbox"/> Copia del CD4 (se coadiuvante);
<input type="checkbox"/> Copia del documento d'identità del richiedente;
<input type="checkbox"/> 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 _____