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

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE OCULISTICHE E ACQUISTO LENTI

(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 operaio a tempo: **Presso l'Azienda:** _____

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

Il/la sottoscritto/a essendo a conoscenza del regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Fislas, dichiara di aver sostenuto una visita medica a favore del Sig./Sig.ra _____ per cui allega regolare fattura e richiede un rimborso della spesa sostenuta secondo i parametri di finanziamento indicati dal regolamento dell'Ente.

Allegati:

☐	Fattura/ricevuta della visita oculistica, acquisto lenti graduate o a contatto oppure scontrino fiscale con CODICE FISCALE riportato;
☐	Copia busta paga dell'anno in corso o comunque antecedente la prestazione richiesta;
☐	Copia del documento d'identità del richiedente e nel caso la visita sia sostenuta da un familiare allegare anche il suo documento (in entrambe i casi preferibilmente CARTA D'IDENTITA');
☐	**OBBLIGATOR**IO allegare copia del codice IBAN CC. BANCARIO/POSTALE (**IL BONIFICO SU LIBRETTO POSTALE VIENE RIFIUTATO DALLA BANCA);**
☐	Autocertificazione dello stato di famiglia (scaricabile anche dal nostro sito www.fislas.com).

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** _____