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 MEDICHE AZIENDALI

(La domanda va presentata entro e non oltre 90 giorni dalla data della fattura)

DATI ANAGRAFICI AZIENDA

Titolare o legale rappresentante: Residente in:

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

IBAN:

Il/la sottoscritto/a _____ titolare o legale rappresentante dell'azienda, essendo a conoscenza del regolamento dei servizi del Fislas, richiede un rimborso della spesa sostenuta per le visite mediche aziendali, per n° _____ dipendenti regolarmente iscritti all'Ente Bilaterale dell'Agricoltura Pontina.

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 (scaricabile dal nostro sito www.fislas.com);
□	Copia del documento di identità di ciascuno dei dipendenti sottoposti a visita;
□	Busta paga o domanda di assunzione del/dei lavoratore/lavoratori sottoposto/i a visita che attesti il rapporto in essere 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' COMUNICATO 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** _____