



Fondo Indennità Salariati Lavoratori Agricoli Subordinati

Via Don Minzoni, 2  
04100 Latina

Tel. 0773/1718703 - Fax 0773/1871140

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

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

## **RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE MEDICHE AZIENDALI**

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

### **DATI ANAGRAFICI TITOLARE O LEGALE RAPPRESENTANTE (a)**

#### Il sottoscritto

<b>Cognome:</b>	<b>Nome:</b>	
<b>Nato a:</b>	<b>il:</b>	
<b>Residente in (Comune):</b>	<b>Cap:</b>	<b>Prov.:</b>
<b>Indirizzo:</b>		
<b>Cellulare/Telefono:</b>	<b>Mail:</b>	

### **DATI ANAGRAFICI AZIENDA (b)**

<b>Ragione sociale:</b>		
<b>Partita iva:</b>	<b>C.F.:</b>	
<b>Indirizzo:</b>	<b>Cap:</b>	<b>Provincia:</b>
<b>Comune:</b>		
<b>Cellulare/Telefono:</b>	<b>Fax:</b>	
<b>Mail:</b>		
<b>IBAN:</b>	<b>Banca:</b>	
<b>Referente aziendale:</b>	<b>Settore/attività:</b>	

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'azienda di cui al punto (b), essendo a conoscenza del regolamento dei servizi del Fislàs, richiede un rimborso della spesa sostenuta per le visite mediche aziendali, per n° \_\_\_\_\_ dipendenti regolarmente iscritti all'Ente Bilaterale dell'Agricoltura Pontina.

#### Allegati:

<input type="checkbox"/> Copia del documento d'identità del richiedente (preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ);
<input type="checkbox"/> Fattura della prestazione medica che attesti il numero delle visite sostenute;
<input type="checkbox"/> Lista dei lavoratori sottoposti a visita (SCARICABILE ANCHE DAL SITO: <a href="http://WWW.FISLAS.COM">WWW.FISLAS.COM</a> );
<input type="checkbox"/> Copia del documento di identità di ciascuno dei dipendenti sottoposti a visita;
<input type="checkbox"/> Busta paga o domanda di assunzione del/dei lavoratore/lavoratori sottoposto/i a visita che attesti il rapporto in essere con l'azienda richiedente;
<input type="checkbox"/> Copia del codice IBAN CC. BANCARIO/POSTALE dell'azienda

Il/la sottoscritto/a:

per l'espletamento della pratica delega il Sindacato / Patronato ad assisterlo/a gratuitamente

Firma \_\_\_\_\_

<b>DENOMINAZIONE SINDACATO/PATRONATO</b> _____	<b>TIMBRO SINDACATO/PATRONATO</b>
---	-----------------------------------

**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 \_\_\_\_\_