



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.

MODULO DI INTEGRAZIONE MALATTIA E INFORTUNIO

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

Il sottoscritto

Cognome:	Nome:	
Nato a:	Prov.:	Data:
Residente in (Comune):	Cap:	Prov.:
Indirizzo:		
Cellulare/Telefono:	* Mail:	
* IBAN: (NO IBAN LIBRETTO POSTALE)	Banca:	

* indirizzo e-mail è necessario per l'invio della Certificazione Unica

* obbligatorio allegare fotocopia dell'IBAN cc bancario e/o postale

In qualità di operaio a tempo:

Presso l'Azienda: _____

Indeterminato dal _____

P.IVA/C.F. _____

Determinato dal _____

TEL/CELL. _____

Ai sensi dell'accordo provinciale extra-*legem*, chiede che gli venga liquidata l'indennità di integrazione per i giorni di malattia o infortunio, risultanti dall'allegato documento di liquidazione emesso dall'INPS o dall'INAIL.

Allegati:

<input type="checkbox"/> 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);
<input type="checkbox"/> Copia busta paga nell'anno o comunque antecedente al periodo dell'indennità , attestante il versamento al Fislàs per almeno 51 gg. e relativa ai rapporti di lavoro di cui alla domanda (solo nel caso in cui il dipendente abbia lavorato presso più aziende allegare più buste paga); N.B. Nel caso la malattia venga presentata da un dipendente OTI si prega di allegare un'autocertificazione dell'azienda o la busta paga con il dettaglio delle giornate relative alla malattia sostenuta;
<input type="checkbox"/> Copia del documento d'identità del richiedente (preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ');
<input type="checkbox"/> 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 _____