



Fondo Indennità Salarati 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 MATERNITA' E BONUS BEBE'

(La domanda va presentata entro 180 giorni dal ricevimento della liquidazione della maternità INPS o del Bonus Bebé entro un anno)

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 MATERNITA'
- Ai sensi dell'accordo provinciale extra-legem, chiede che gli venga liquidato il BONUS BEBE'

Allegati:

- Liquidazione della maternità INPS (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);
- 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);
- Copia del documento d'identità del richiedente (preferibilmente CARTA D'IDENTITA');
- Solo per la richiesta del Bonus Bebé – copia del certificato di nascita del bambino;
- Solo per la richiesta del Bonus Bebé – autocertificazione dello stato di famiglia (scaricabile anche dal sito www.fislàs.com);
- 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 _____