



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 DENTISTICHE, ODONTOIATRICHE E PULIZIA DEI DENTI**

**(Le domande possono essere presentate entro e non oltre 90 gg dalla data della fattura)**

### Il sottoscritto

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

\* 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. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto essendo a conoscenza del regolamento dei servizi dell'Ente Bilaterale Fislàs, 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 della prestazione dentistica od odontoiatrica;
- Copia busta paga dell'anno in corso relativa ai rapporti di lavoro di cui alla domanda (**antecedente la prestazione richiesta**), attestante il versamento al Fislàs **per almeno 51 gg**;
- 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'IDENTITÀ');
- 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.fislàs.com](http://www.fislàs.com))

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 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 \_\_\_\_\_