



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.

RICHIESTA DI RIMBORSO PER VISITE OCULISTICHE E ACQUISTO LENTI

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

Il sottoscritto

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

* 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/ricevuta della visita oculistica, acquisto lenti graduate o a contatto oppure scontrino fiscale con CODICE FISCALE riportato;
- 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)

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 _____