

Fondo Integrazione Indennità Malattia Infortunio Lavoratori Agricoli
Ente Bilaterale per l'Agricoltura Padovana
Strada Battaglia 71/c 35020 Albignasego PD
Telefono 0498223506

RICHIESTA DI RIMBORSO CURE DENTARIE

li,

Il sottoscritto _____ nato il _____
nel comune di _____
e residente nel comune di _____ C.A.P. _____
in via _____
Codice fiscale: _____
Numero di telefono: _____

CHIEDE

La liquidazione del contributo per cure dentarie, allegando copia fattura prestazione per il rimborso della spesa fino ad un tetto massimo di 70,00 euro annui.

La liquidazione avverrà tramite:

- assegno bancario:
- accredito conto corrente bancario
sul conto corrente con codice IBAN _____
Istituto bancario _____
Agenzia di _____ indirizzo _____

DICHIARA

di prestare la propria attività lavorativa o di aver prestato la propria attività lavorativa presso l' Azienda : _____

- di aver effettuato nell'anno precedente 51 giornate lavorate in agricoltura
- di aver effettuato nell'anno in corso 51 giornate lavorate in agricoltura
- di aver effettuato nel biennio 101 giornate lavorate in agricoltura.

AGRICOLA FLOROVIVAISTA
sita nel comune di: _____

CODICE FISCALE AZIENDA: _____

In qualità di:

- Operaio avventizio con la seguente qualifica : _____
- Operaio fisso con la seguente qualifica : _____
- Apprendista per il conseguimento della seguente qualifica: _____

Allega alla presente:

copia fattura cure dentarie, copia carta d'identità e copia ultima busta paga disponibile, pena la non accettazione della domanda.

Saranno rimborsate le fatture dell'anno 2015 a partire da gennaio 2016.

Il sottoscritto dichiara, inoltre di non aver percepito o richiesto rimborso ad altri Enti o Fondi Assicurativi.

Il sottoscritto acquisisce e sottoscrive l'allegato inerente l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lg.vo n. 196/03.

Il sottoscritto consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000 e che decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/00).

Data di presentazione _____

Firma _____