

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

Modulo di domanda

li,

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

CHIEDE

la liquidazione dell'indennità giornaliera integrativa di malattia, infortunio e maternità per i
periodi:
dal _____ al _____ per giornate n. _____

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 : _____

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:

- **PER GLI OPERAI FISSI ED OPERAI A TEMPO DETERMINATO AVVENTIZI IN CASO DI INFORTUNIO:** il prospetto di liquidazione INAIL, che si trova unito all'assegno di liquidazione dell'ente, **in originale**, copia tessera codice fiscale e copia della busta paga del mese in cui si è verificato l'evento, pena la non accettazione della domanda;
- **PER GLI OPERAI FISSI CON EVENTI DI MALATTIA:** copia leggibile del certificato medico o attestato di malattia telematico consegnato al datore di lavoro, copia tessera codice fiscale e copia della busta paga del mese in cui si è verificato l'evento, pena la non accettazione della domanda;
- **PER GLI OPERAI A TEMPO DETERMINATO AVVENTIZI CON EVENTI DI MALATTIA:** il tagliando INPS che si trova unito all'assegno di liquidazione dell'INPS, **in originale**, copia tessera codice fiscale e copia della busta paga del mese in cui si è verificato l'evento, pena la non accettazione della domanda;
- **PER GLI APPRENDISTI IN MALATTIA O INFORTUNIO: in caso di malattia** copia leggibile del certificato medico o attestato di malattia telematico, copia tessera codice fiscale e copia della busta paga del mese in cui si è verificato l'evento, pena la non accettazione della domanda; **in caso di infortunio** il prospetto di liquidazione INAIL, **in originale**, che si trova unito all'assegno dell'INAIL, copia tessera codice fiscale e copia della busta paga del mese in cui si è verificato l'evento, pena la non accettazione della domanda;
- **PER LE OPERAIE FISSE E AVVENTIZIE: in caso di maternità obbligatoria**, (per un massimo di 5 mesi un'integrazione all'indennità di legge pari al 40% della retribuzione presa a base per il calcolo dell'indennità stessa), il tagliando di liquidazione INPS, **in originale**, che si trova allegato all'assegno dell'INPS e copia tessera codice fiscale, pena la non accettazione della domanda.

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 445/00 e che decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/00), autocertifica che la data di presentazione del certificato medico all'INPS è avvenuto nei termini.

Firma _____