



DOMANDA DI PRESTAZIONE
ATTESTAZIONE DEL DATORE DI LAVORO

Cell. 333 3978919

DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO

AZIENDA _____ COMUNE _____ CIF _____
Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

DATI RELATIVI ALLA PRESTAZIONE RICHIESTA

[] Malattia dal _____ al _____ [] Maternità dal _____ al _____
[] Infortunio dal _____ al _____ [] Altro (specificare) _____
Allegati: [] busta paga [] certificazione medica [] altro _____

DATI RELATIVI AL/LA LAVORATORE/ICE [] OTI [] OTD [] APPRENDISTA LIV./QUALIFICA _____

COGNOME _____ NOME _____ Cod. Fisc. _____

Luogo di nascita _____ Prov. o stato estero _____ data di nascita _____

DOMICILIO POSTALE Via/loc. _____ Comune _____ Prov. _____

FORMA DI PAGAMENTO SCELTA

[] BONIFICO SU C/C BANCARIO/POSTALE IBAN _____

[] INVIO A DOMICILIO ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE

[] **OPERAIO/A A TEMPO INDETERMINATO** [] Tempo pieno [] Tempo parziale (.....% dell'orario)

[] **OPERAIO A TEMPO DETERMINATO** [] Tempo pieno [] Tempo parziale (.....% dell'orario)

Data di assunzione _____ data prevista di fine rapporto _____; giornate retribuite presso l'azienda nell'anno precedente n° _____; giornate retribuite nell'anno in corso (all'insorgere dell'evento) n° _____ (da indicare se nell'anno precedente sono state retribuite meno di 51 giornate). Per la malattia o la maternità verificatesi ad inizio contratto l'azienda dichiara che il dipendente ha [] / non ha [] lavorato almeno una frazione di giornata prima dell'insorgere dell'evento.

L'azienda dichiara che la festività del Santo Patrono cade il _____

Data _____ Firma e timbro dell'azienda _____

PARTE RISERVATA AL FIMIIV

Pratica n° _____ Presentata il _____ Liquidata il _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PRESTAZIONE

1. Malattia

- Copia del certificato;
- Busta paga del mese precedente l'inizio della malattia. Se non vi è stata prestazione lavorativa, l'ultima busta paga (prima dell'evento) con gg. lavorate.

2. Infortunio

- Copia della denuncia di infortunio trasmessa all'I.N.A.I.L.;
- Copia del certificato;
- Busta paga del mese precedente l'infortunio.

3. Assegno funerario e indennità agli eredi in caso di decesso per infortunio sul lavoro

- Certificato di morte;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà o autocertificazione attestante quali sono gli eredi; eventuale delega a riscuotere ad uno di essi.

4. Maternità

- Busta paga del mese precedente l'inizio della maternità;
- Copia della domanda di maternità all'INPS, con la data presunta del parto;
- Copia dell'autorizzazione della struttura pubblica preposta, per l'astensione anticipata;
- Copia della domanda di congedo parentale all'Inps, per l'astensione facoltativa.

5. Indennità in caso di licenziamento per aver superato 180 giorni di malattia

- Copia della lettera di licenziamento.

6. Rimborso all'azienda dell'indennità di mancato preavviso per decesso dell'operaio/a

- Busta paga nella quale sono state erogate le due mensilità.

7. Rimborso delle ore di permesso non retribuito per prestazioni sanitarie

- Busta paga del mese nel quale il/la dipendente ha goduto dei permessi;
- Dichiarazione dell'azienda dalla quale risulti che il/la dipendente abbia esaurito le ore di permesso a carico del datore di lavoro;
- Certificazione dalla quale risulti la fruizione del servizio o della prestazione sanitaria.

8. Trattamento sostitutivo della retribuzione per superamento 180 gg. di malattia

- Ultima busta paga;
- Copia dell'accordo nel quale il datore di lavoro si impegna alla conservazione del posto oltre i 180 gg. previsti.

9. Pagamento delle ore di assenza per malattia del figlio

- Certificazione medica relativa alla malattia del figlio;
- Busta paga del mese nel quale vengono usufruiti i permessi.

10. Pagamento dei giorni di permesso per la nascita del figlio

- Certificato o autocertificazione attestante la nascita del figlio;
- Busta paga del mese nel quale vengono usufruiti i permessi.

11. Indennità per trattamenti ed esami di alta specializzazione

- Documentazione sanitaria relativa al trattamento o all'esame;
- Autocertificazione dell'operaio/a attestante il rapporto di parentela, qualora il fruitore della prestazione sanitaria sia un familiare.

12. Rimborso parziale delle spese per acquisto occhiali

- Copia della fattura/ricevuta quietanzata.