

Al Fondo Integrazione Malattie Infortuni Assistenze Varie

Data _____

Il sottoscritto _____:

Nato a _____ il _____

C.F. _____ e residente a _____

_____ Via o Loc. _____

_____ prov _____ CAP _____

Telef _____

F.I.M.I.A.V.
Via Calamandrei,129
52100 AREZZO (AR)
Tf 0575/23337 fax
0575/1785914- 0575/27994
Orario Ufficio
Dal Lunedì al Giovedì
Dalle 8:45 alle 12:30
Il Martedì
Dalle 15:15 alle 17:15

Operaio Agricolo: Qualifica (obbligatoria anche per gli avventizi)

FISSO AVVENTIZIO A1 B1

A2 B2

A3 B3

Per i soli Avventizi (Dato obbligatorio) gg. lavorate l'anno precedente

_____ Per le avventizie nei casi di maternità: è obbligato

Rio dichiarare le giornate lavorate nell'ultimo biennio, suddivise per anno.

Anno _____ n° giornate _____ anno _____ n° giornate _____

Dipendente dell'Azienda _____

Di cui è proprietario il sig _____ posta in

Comune di _____ loc _____

Tel _____

**L'AZIENDA
DICHIARA**
Che il suddetto
lavoratore era alle
proprie dipendenze
al momento
dell'inizio della
malattia, dell'infort
unio o della
Maternità.
**FIRMA E
TIMBRO
DELL'AZIENDA**

CHIEDE

Che gli sia concessa l'indennità integrativa prevista dall'apposita
Convenzione di

MALATTIA INFORTUNIO MATERNITA'

Dal _____ al _____

ATTENZIONE
La presente domanda di
contributo integrativo
deve essere presentata
non oltre **90 GIORNI**
dalla data di
liquidazione
dell'indennità INPS o
INAIL

(obbligatorio) Allegare alla presente la documentazione prescritta
Dall'INPS INAIL attestante il numero delle giornate e l'importo
Totale indennizzati, certificato di nascita e copia dell'ultima busta
Paga.

FIRMA DEL LAVORATORE



Cell. 346 1123977

DATI DEL LAVORATORE PER LIQUIDAZIONE PRATICA

(Se in possesso) Dati del C/C per Bonifico Bancario diretto

BANCA _____ CIN _____ ABI _____ CAB _____

NR CONTO _____ IBAN _____

**Per Coloro che non hanno c/c bancario la liquidazione avverrà tramite lettera di avviso di ritiro assegno alla
filiale della banca più vicina.**

PER RICEVUTA DELLA DOMANDA DAL LAVORATORE _____

IN DATA _____

FIRMA E TIMBRO

AVVERTENZE

1. La presente domanda di contributo integrativo deve essere presentata non oltre 90 giorni dalla data di liquidazione dell'indennità INPS o INAIL.
2. Il contributo integrativo viene concesso per il numero di giornate di malattia o di infortunio indennizzate dall'INPS o dall'INAIL, e sono escluse pertanto le giornate non indennizzate da tali enti, fatta eccezione per i giorni di carenza che vengono gestiti diversamente dal FIMIAV.
3. Il contributo integrativo non potrà essere concesso se l'azienda agricola presso la quale il richiedente presta servizio non è in regola con i versamenti dei contributi FIMIAV.
4. Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:
5. per **malattia domiciliare o infortunio**- documento o tagliando rilasciato dall'INPS o dall'INAIL.
6. per **infortunio agricolo mortale o decesso**- certificato di morte, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante quali sono gli eredi, eventuale delega a riscuotere ad uno degli eredi;
7. per **maternità**- numero delle giornate lavorate nel biennio precedente suddivise per anno e certificato di nascita.
8. Eventuali reclami circa l'importo del contributo integrativo concesso devono essere presentati al FIMIAV entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento dell'assegno.

