

Al Fondo Integrazione Malattie Infortuni Assistenze Varie

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____

Residente _____

Via _____ prov. _____ CAP _____

Tel. _____

EMAIL(obbligatoria per invio CU) _____

Operaio Agricolo: Qualifica(obbligatoria anche per gli avventizi)

0 FISSO 0 AVVENTIZIO 0 A1 0 B1

0 A2 0 B2

0 A3 0 B3

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

Per le avventizie nei casi di maternità è obbligatorio 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. _____

CHIEDE

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

0 MALATTIA 0 INFORTUNIO 0 MATERNITA'

Dal _____ al _____

(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.

Data, _____

FIRMA DEL LAVORATORE

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 _____

F.I.M.I.A.V.
Via Calamandrei,129
52100 AREZZO (AR)
Tel. 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

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

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



Firma e timbro FIMIIV

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.

