

Al Comitato di gestione per il Nuovo Fondo Indennizzi Malattie ed Infortuni e per il miglioramento della sicurezza sul lavoro degli operai agricoli, forestali privati, florovivaisti e semenzieri dell'area di Firenze, Prato e Pistoia

Viale Giovanni Amendola, 46  
50121 Firenze  
Fax 055 243568 - Tel. 055 200411



Via B. Dei 2/a – 50127 Firenze  
Amedeo Sabato 335 5835929  
amedeo.sabato@cisl.it

### DOMANDA DI CONCESSIONE DELL'ASSEGNO F.I.M.I.

Il sottoscritto ..... nato a ..... ( )  
il ..... cod. fisc. .... indirizzo .....  
in qualità di operaio agricolo a tempo indeterminato in servizio presso la  
florovivaista avventizio  
Azienda Agr. .... p. iva - cod. fisc. ....  
posta in comune di..... con sede legale a .....  
con anzianità di servizio dal ..... qualifica .....  
chiede che gli sia concesso l'assegno F.I.M.I. previsto dal contratto collettivo territoriale di lavoro per  
n..... giornate di malattia inizio il ..... termine il .....  
infortunio ancora in corso

Il sottoscritto allega alla presente dichiarazione copia del foglio paga del mese precedente, debitamente sottoscritto dall'Azienda, e dei certificati medici, attestanti la malattia/infortunio e dichiara, sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto, che quanto sopra indicato corrisponde al vero.

Il sottoscritto richiede il pagamento dell'assegno di competenza utilizzando la seguente modalità:

( ) assegno circolare;  
( ) accredito su c/c banca/posta \_\_\_\_\_ iban \_\_\_\_\_

Data ..... Firma operaio .....

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dagli artt. 11 e 20, L.N. 675/96 e Regolamento (U.E.) 2016/679, esprime consenso al trattamento dei propri dati personali.

Firma operaio.....:

**N.B: - L'Azienda dichiara di impegnarsi a versare le quote per NUOVO FIMI inviate dall'INPS congiuntamente al versamento dei Contributi Agricoli Unificati, autorizzando, in caso di mancato versamento, il Comitato di Gestione FIMI a procedere a riscossione forzosa, come stabilito dal vigente contratto collettivo provinciale di lavoro.**

Data ..... Timbro e Firma Azienda .....

F.I.M.I. li lavoratore ..... ha presentato oggi la domanda  
datata ..... per la concessione dell'assegno previsto dal vigente contratto collettivo territoriale di lavoro. Il Fondo effettuerà successiva verifica e provvederà ad eventuale conguaglio in più o meno, in base alla documentazione riconosciuta dall'I.N.P.S o dall'I.N.A.1.L

Data ..... Firma .....