

F.I.M.I.L.A.
FONDO INDENNITA' MALATTIA INFORTUNIO LAVORATORI AGRICOLI
 Via Catanelli, 70 Ponte San Giovanni 06135 - PERUGIA -
 Tel.075/5970799 - Fax.075/5970740 - email info@fimila.it - www.fimila.it

OGGETTO: Richiesta contributo/ indennità

Il sottoscritto nato a il.....

Residente a..... Vian°

Tel:..... Cell:..... e-mail:

C.F.

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Pratica n.

Presentata in data

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>OPERAIO AGRICOLO</u> | <input type="checkbox"/> FISSO (tempo indeterminato OTI) |
| <input type="checkbox"/> <u>OPERAIO FLOROVIVAISTA</u> | <input type="checkbox"/> AVVENTIZIO (tempo determinato OTD) |
| <input type="checkbox"/> <u>OPERAIO COOPERATIVE AGRICOLE</u> | |
| <input type="checkbox"/> <u>OPERAIO COOPERATIVE ALIMENTARI</u> | |

| OTI- OTD OPERAIO AGRICOLO OPERAIO FLOROVIVAISTA | OTI - OTD COOPERATIVE AGRICOLE | OTI - OTD COOPERATIVE ALIMENTARI |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1° LIVELLO | <input type="checkbox"/> 1° LIV. SPEC. SUPER | <input type="checkbox"/> LIV. 1° A |
| <input type="checkbox"/> 2° LIVELLO | <input type="checkbox"/> 2° LIV. SPECIALIZ | <input type="checkbox"/> LIV. 1 |
| <input type="checkbox"/> 3° LIVELLO | <input type="checkbox"/> 3° LIV. QUAL. SUPER | <input type="checkbox"/> LIV. 2 |
| <input type="checkbox"/> 4° LIVELLO | <input type="checkbox"/> 4° QUALIFICATO | <input type="checkbox"/> LIV. 3° A |
| <input type="checkbox"/> 5° LIVELLO | <input type="checkbox"/> 5° COMUNE | <input type="checkbox"/> LIV. 3 |
| <input type="checkbox"/> 6° LIVELLO | <input type="checkbox"/> OPERAIO NON PROF. | <input type="checkbox"/> LIV. 4 |
| <input type="checkbox"/> 7° LIVELLO | | <input type="checkbox"/> LIV. 5 |
| <input type="checkbox"/> 8° LIVELLO | | <input type="checkbox"/> LIV. 6 |

Al momento dell'evento dipendente dell'Azienda

Codice Fiscale

posta nel Comune di Loc.

tel. fax e-mail

FIRMA E TIMBRO DELL'AZIENDA

CHIEDE

che gli sia concesso il contributo previsto dal regolamento del F.I.M.I.L.A. per (barrare l'ipotesi che ricorre):

- indennità di malattia indennità di infortunio indennità di maternità obbligatoria indennità di maternità facoltativa
- indennità di cassa integrazione salariale ordinaria indennità di cassa integrazione salariale per crisi economica
- assegno agli eredi borsa di studio altro

per n° giornate dal al dal al

dal al dal al

N.B.: è obbligatorio allegare alla presente la documentazione prescritta al punto 3 delle avvertenze

Forma di pagamento

bonifico sul c/c bancario/postale IBAN

invio assegno circolare non trasferibile

FIRMA DEL LAVORATORE

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto in relazione all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 D.L.gs. del 30/06/2003 n° 196 esprime, ai sensi dell' art. 26 del D.L.gs. del 30/06/2003 n° 196, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti al Fondo Indennità Malattie Infortuni Lavoratori Agricoli, con particolare riguardo alla loro comunicazione all'istituto di credito per la liquidazione dell' indennità e per le altre comunicazioni per le attività istituzionali svolte dal Fondo. Presta infine esplicito consenso per il trattamento dei dati "sensibili" nell'ambito delle finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa.

Firma del lavoratore

A V V E R T E N Z E

- 1.** Il contributo integrativo per eventi di malattia, infortunio, maternità e cassa integrazione viene concesso per il numero di giornate indennizzate dall' I.N.P.S. o dall' I.N.A.I.L., e sono escluse pertanto le giornate non liquidate da tali enti, fatta eccezione per i giorni di carenza che vengono gestiti diversamente dal F.I.M.I.L.A. Il periodo indennizzabile massimo è di 180 giornate annuali.

- 2.** Il contributo integrativo non potrà essere concesso se l'azienda agricola presso la quale il richiedente presta servizio non ha versato il contributo F.I.M.I.L.A. relativo all'anno nel quale si è verificato l'evento.

- 3.** Alla domanda devono essere allegati sempre i seguenti documenti:

Per indennità di malattia, infortunio, maternità obbligatoria o facoltativa e cassa integrazione:
 - comunicazione di saldo rilasciato dall'I.N.P.S. o dall'I.N.A.I.L., o dall'azienda nel caso di anticipo del datore di lavoro;
 - copia del certificato medico per malattia;
 - busta paga dell'intero periodo in cui si è verificato l'evento e del mese precedente.
Per la domanda dell'assegno agli eredi:
 - certificato di morte del lavoratore;
 - busta paga relativa al mese in cui si è verificato l'evento ed al mese precedente;
 - certificazione sostitutiva dell'Atto di notorietà o autocertificazione attestante chi sono gli eredi.
Per la domanda di borsa di studio:
 - certificato attestante il titolo conseguito con l'indicazione della votazione conseguita, dell'anno di iscrizione al corso di studio, dell'anno di conseguimento del titolo e della durata legale del corso di studi;
 - attestato INPS delle giornate lavorate in agricoltura nell'ultimo biennio.

- 4.** Eventuali reclami circa l'importo del contributo integrativo concesso devono essere presentati al F.I.M.I.L.A. entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento dell'indennità.

- 5.** Le domande di indennità e di assegno agli eredi dovranno essere presentate entro 12 mesi dalla liquidazione degli Istituti INPS/INAIL o dell'azienda, o dall'evento. Le domande per l'assegnazione delle borse di studio andranno presentate tra l'1 ed il 31 dicembre di ogni anno, relativamente ai titoli conseguiti nell'anno.