

La domanda deve essere presentata non **oltre il 31 marzo** dell'anno successivo alla datazione del fattura/ricevuta. L'importo non deve essere inferiore ai € 36,15. Il rimborso è pari al 100% della spesa documentata.

CASSA INTEGRAZIONE MALATTIA
LAVORATORI AGRICOLI C.I.M.L.Ag.

Arrivata il __ / __ / __ __

Prot. N° _____

DOMANDA DI INTEGRAZIONE PER PRESTAZIONI SANITARIE

Spett.le
C.I.M.L.Ag.
Via Giusti, 40 – Trento
e-mail: cimlag@virgilio.it
sito: www.cimlag-tn.it
orario di apertura:
martedì e venerdì dalle 8.30 alle 12.30

Data, _____

Il/La sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

Frazione _____ Cap _____ Via _____

Indirizzo e-mail _____ Telefono _____

IBAN: IT _ CIN _ ABI _ CAB _ C/C _ Banca _____
(Pagamento tramite bonifico bancario. Il costo di eventuale bonifico bancario internazionale sarà a carico del beneficiario.)

CHIEDE L'EROGAZIONE DELL'INTEGRAZIONE PER

PRESTAZIONI SANITARIE

ALL'UOPO DICHIARA

Di aver prestato durante il periodo per il quale viene richiesta l'integrazione, o di prestare la propria attività presso l'azienda agricola (ragione sociale) _____

sita nel Comune di _____ con la qualifica _____

a tempo indeterminato
(salariato fisso)

a tempo determinato
il rapporto di lavoro è iniziato il _____
e terminato o terminerà il _____

n. di giornate lavorate

FISSI: allegare copia della ricevuta non inferiore ai € 36,15 – copia di una busta paga dove risulti il rapporto di lavoro.

STAGIONALI: allegare copia della ricevuta non inferiore ai € 36,15 – copia della busta paga relativa al mese della prestazione dove risulti il rapporto di lavoro – dichiarazione UNILAV (ricevuta della comunicazione di assunzione).

N.B. SARANNO RIMBORSATE LE SOLE FATTURE CON DATA COMPRESA NEL PERIODO DI ASSUNZIONE **Il lavoratore deve aver effettuato nell'anno in corso almeno 51 giornate lavorate in agricoltura.**

Si rimborsano le prestazioni sostenute dai famigliari a carico (figli fino ai 18 anni e coniuge a carico) nella misura del 50%, allegando la copia dello stato famiglia.

Si rimborsano spese sostenute presso strutture pubbliche o convenzionate, per visite e/o analisi di laboratorio.

L'integrazione viene estesa anche per prestazioni in libera professione con un massimo di € 36,15 fin'ora mai indennizzate.

Il richiedente

Il/La sottoscritto/a _____ acquisite le informazioni rese ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo nr. 196 del 2003, in ordine alle finalità ed alle modalità del trattamento dei dati personali, esprime senza riserve il consenso al trattamento da parte della C.I.M.L.Ag. per il perseguimento delle sue finalità istituzionali dei dati personali anche sensibili che riguardano il/la sottoscritto/a.

Data _____

Firma leggibile

Patronato _____

Informativa sui dati personali (D.Lgs. n. 196/2003)

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, l'informativa sul "trattamento" dei dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 4, I comma lettera d) del Decreto Legislativo medesimo, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. medesimo:

- 1) Consente il loro "trattamento" per il conseguimento delle finalità del presente mandato e degli scopi statuari della C.i.m.l.ag;
- 2) Consente che gli stessi siano comunicati a;
- 3) Consente alla C.i.m.l.ag il "trattamento" dei dati medesimi per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla normativa;
- 4) Consente la comunicazione dei dati ad altri Enti competenti alla trattazione della pratica;
- 5) Non consente il "trattamento" dei propri dati personali, ivi compresi i dati sensibili di cui all'art. 4, I comma lettera d) del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, relativamente ai punti.....

Firma assistito.....