

MODULO PER DOMANDA PRESTAZIONE AGGIUNTIVA:
RIMBORSO SPESE PER PROTESI ODONTOIATRICHE/OCULISTICHE

Il/la sottoscritto/a Sesso ☐ M ☐ F

Codice Fiscale

Nato/a a () il / / Residente a

Frazione Cap Via N.

Indirizzo e-mail Telefono

Banca IBAN per l'accredito in conto corrente

Dichiara di aver prestato la propria attività, durante il periodo per il quale viene richiesta la prestazione presso

l'Azienda Agricola

☐ A TEMPO INDETERMINATO (**OTI**)

☐ A TEMPO DETERMINATO (**OTD**)

previsto dal vigente CIPL:

CHIEDE L'EROGAZIONE DEL RIMBORSO PER L'ANNO

SPESA SOSTENUTA PER PROTESI ☐ **ODONTOIATRICHE** ☐ **OCULISTICHE**

così come da fattura/e allegata/e.

☐ Per se stesso

☐ Per familiare fiscalmente a carico

Note:

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITÀ DEL LAVORATORE AGRICOLO, BUSTA PAGA RECENTE E LA/LE FATTURA/E DEL PROFESSIONISTA (contenente descrizione dettagliata della protesi applicata e la data di inizio e termine della cura).

Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità:

- che il/la proprio/a figlio/a risulta fisicamente a carico;

DL 196/2003 e GDPR 2016/679 – TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi delle normative di cui sopra, consento al loro trattamento nei limiti necessari al perseguimento degli scopi statuari della Cassa Integrazione Malattia Ente Bilaterale CIMEB di Lodi.

Autorizzo l'Organizzazione Sindacale a trasmettere all'ente bilaterale CIMEB di Lodi la presente richiesta.

Luogo e Data

Timbro e firma dell'Organizzazione Sindacale

Firma del lavoratore