

## Al Fondo Integrazione Malattie Infortuni Assistenze Varie

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

EMAIL(obbligatoria per invio CU) \_\_\_\_\_



**Fimiav**

Via Calamandrei,129

52100 AREZZO (AR)

Tel. 0575/23337

fax 0575/1785914

[www.fimiavarezzo.it](http://www.fimiavarezzo.it)

[fimiavarezzo@gmail.com](mailto:fimiavarezzo@gmail.com)

**Orario Ufficio**

**Dal Lunedì al Giovedì**

**Dalle 8:45 alle 12:30**

**Il Martedì**

**Dalle 15:15 alle 17:15**

### Operaio Agricolo: Qualifica(obbligatoria anche per gli avventizi)

FISSO       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

MALATTIA       INFORTUNIO       MATERNITA'

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Documentazione da allegare alla domanda: vedi pagina successiva

Data, \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL LAVORATORE**

\_\_\_\_\_

### DATI DEL LAVORATORE OBBLIGATORI PER LIQUIDAZIONE PRATICA

C/C per Bonifico Bancario diretto

BANCA \_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

NR CONTO \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

PER RICEVUTA DELLA DOMANDA DAL LAVORATORE \_\_\_\_\_

IN DATA \_\_\_\_\_

Firma e timbro FIMIADV

### 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.

# AVVERTENZE E DOCUMENTI DA ALLEGARE

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. Eventuali reclami circa l'importo del contributo integrativo concesso devono essere presentati al FIMIAV entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento dell'assegno.

Alla domanda devono essere allegati i seguenti documenti:

- a) per **malattia** : - BUSTA PAGA mese precedente evento - certificato di malattia documento o tagliando rilasciato dall'INPS.
- b) per **infortunio** : - BUSTA PAGA mese precedente evento - certificato di infortunio - documento o tagliando rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
- c) 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;
- d) per **maternità**: - numero delle giornate lavorate nel biennio precedente suddivise per anno e certificato di nascita.