Spett.le FIMAVLA – EBAT Viterbo
Via Mantova, 4
01100 Viterbo
PEC fimavlaebatviterbo@pec.it

Il/la sottoscritto/a, lavoratore agricolo, CHIEDE il **"Contributo per l'acquisto delle lenti da vista, comprese quelle a contatto",** ***esclusa la montatura,*** effettuato nell'anno 2020; dichiara che nell'anno 2020 ha effettuato n° ……. giornate di lavoro presso l'azienda agricola ……..……..……..…… sita nel comune di ……., C.F. …… e, all'uopo, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati:

Cognome e nome ……

nato/a a ……..…….. il ……..

residente in ……..…… CAP ……...

in Via/Piazza ……..…….. N° …….

Codice fiscale ……..……Tel. ……

Conto Corrente IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Informativa al trattamento dei dati personali (D.Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii. – T.U. sulla Privacy)

Il/la sottoscritto/a, con la sottoscrizione del presente documento, ***presta il proprio consenso*** per il trattamento dei dati personali, che verranno trattati ai fini del D.Lgs. n. 196/03 per gestire l'erogazione del contributo per l'acquisto delle lenti da vista. Titolare del trattamento dei dati sarà il FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Tutti i dati forniti verranno trattati manualmente o con strumenti informatici e non saranno comunicati a persone o soggetti diversi dal FIMAVLA – EBAT Viterbo.

Il Titolare garantisce che saranno rispettati i diritti contemplati dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03, ivi compreso il diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora l'interessato ne avesse la necessità, l'integrazione dei dati ed il rispetto del diritto dell'interessato stesso di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei dati personali.

Data …… Firma della richiedente ….……..

ATTESTAZIONE DELLA DITTA

Il sottoscritto ……..……..…….. titolare/rappresentante legale dell'azienda agricola ……..…….C.F. …….
esercente attività agricola nel Comune di ……...
dichiaro che il lavoratore/la lavoratrice sig./ra ……..……
nell'anno 2020 è stato/a alle dipendenze di questa azienda agricola con la qualifica di operaio ……. effettuando N° …..…… giornate di lavoro.
Per le stesse ho regolarmente pagato i contributi richiesti dall'INPS, ivi comprese le somme destinate al Fondo Integrazione Malattia Infortuni e all'Assistenza Contrattuale Provinciale.

Data …… Firma e timbro dell'azienda ……

Allega alla presente copia della seguente documentazione:

- Prescrizione del medico specialista oculista;
- Fotocopia fattura acquisto lenti da vista
- Fotocopia documento di riconoscimento

N.B. la mancata presentazione della prescrizione attestante la necessità di lenti da vista, la mancata indicazione dell'IBAN, le firme non in originale e della copia del documento di riconoscimento, la mancata regolarità contributiva della Ditta non consente il pagamento di nessun indennizzo da parte del Fondo.

Per informazioni sullo stato della pratica: info@fimavlaviterbo.it; Tel. 0761/2351209 – Fax 0761/2351224

L'inoltro al Fondo della presente richiesta può essere fatto per raccomandata o per PEC entro e non oltre il 31/01/2021.