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 202__; dichiara che nell'anno 202__ (*anno dell'acquisto*) 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: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail ……

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 202__ 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 consentono il pagamento di nessun indennizzo da parte del Fondo.
Il contributo massimo richiedibile è pari ad euro 500,00 annue.
L'inoltro al Fondo della presente richiesta può essere fatto per raccomandata o per PEC entro e non oltre il 28/02 dell'anno successivo alla data di acquisto.
Per informazioni sullo stato della pratica: info@fimavlaviterbo.it; Tel. 0761/2351209