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

Il/la sottoscritto/a, lavoratore agricolo, CHIEDE il **"Contributo per l'acquisto delle protesi dentarie",** 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 protesi dentarie. Titolare del trattamento dei dati sarà il FIMAVLA – EBAT Viterbo.
Tutti i dati forniti verranno trattati manualmente o con strumenti informatici e nonsaranno 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 dentista
- Fotocopia fattura acquisto protesi dentarie
- Fotocopia documento di riconoscimento

N.B. la mancata presentazione della prescrizione attestante la necessità di protesi dentarie, 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.
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.
Il contributo massimo richiedibile è pari ad euro 1.500,00 annue.
Per informazioni sullo stato della pratica: info@fimavlaviterbo.it; Tel. 0761/2351209