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

Il sottoscritto, titolare/legale rappresentate dell'azienda agricola**, CHIEDE il rimborso del costo delle spese per le visite mediche effettuate nell'anno 2024** per i propri dipendenti e, all'uopo, dichiara sotto la propria responsabilità i seguenti dati:

Denominazione/Ragione Sociale……

Legale rappresentante ……

Ubicazione azienda in comune di ……..……..

Residente/sede legale in …….…… CAP ……...

in Via/Piazza …….…….. N° …….

Codice fiscale …….……Tel. ……

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

E-mail ……

Allega alla presente copia della seguente documentazione:

1. Fattura quietanzata del medico competente per le visite mediche (sono esclusi i costi per analisi di laboratorio o esami specialistici)
2. Busta paga del mese in cui è stata fatta la visita medica
3. Autocertificazione **(Allegato 1/2024)** del titolare dell'Azienda in cui dichiara che si è provveduto alla nomina del RSPP, RLS, addetto al Primo Soccorso, addetto Antincendio, nomina del Medico competente e redatto il DVR o l'ultima revisione dello stesso. Il FIMAVLA – EBAT effettuerà controlli a campione sul 5% delle domande pervenute richiedendo la visione della documentazione originale autocertificata.
4. Fotocopia documento di riconoscimento

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 le visite mediche. 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 del richiedente ….……..

N.B. la mancata regolarità nel pagamento dei contributi dovuti al Fimavla - Ebat, la mancata indicazione dell'IBAN, la firma non in originale e della copia del documento di riconoscimento non consente il pagamento di nessun rimborso da parte del Fondo.
L'importo massimo riconosciuto per ogni visita medica è 50,00 euro.
L'importo del contributo è soggetto a riduzione nel caso di superamento del massimale per la fascia delle giornate di occupazione dell'anno 2024.
L'inoltro al Fondo della presente richiesta può essere fatto per raccomandata o per PEC, entro e non oltre il 31/03/2025.
Per informazioni: info@fimavlaviterbo.it; Tel. 0761/2351209 dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 13,00