Richiesta di Concorso Spesa per Protesi Oculistiche / Odontoiatriche

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

Cognome _____ Nome _____
Luogo di Nascita _____ Prov. |__|__|
Data di nascita ___/___/_____ Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Indirizzo di residenza _____ N. _____ Comune _____
Cap |__|__|__|__|__| Prov. |__|__| Telefono _____

OPERAIO AGRICOLO A TEMPO ☐ DETERMINATO ☐ INDETERMINATO (dal ___/___/_____ al ___/___/_____)

PRESSO L'AZIENDA AGRICOLA:

_____

Chiede il concorso spesa, previsto dal vigente CIPL per:

☐ PROTESI OCULISTICHE ☐ PROTESI ODONTOIATRICHE

- Per se stesso per l'importo di € _____;
- Per familiare fiscalmente a carico:

  Nome: _____ grado di parentela: _____ per l'importo di € _____
  Nome: _____ grado di parentela: _____ per l'importo di € _____
  Nome: _____ grado di parentela: _____ per l'importo di € _____

Allega:

- Fattura del professionista (contenente descrizione dettagliata della protesi applicata e la data di inizio e termine della cura);
- Carta d'identità del dipendente agricolo.

Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità:

- che il/la proprio/a figlio/a risulti fiscalmente a carico.

MODALITA' DI PAGAMENTO RICHIESTA:

☐ ACCREDITO BANCARIO (*Consigliato**) ☐ ASSEGNO CIRCOLARE

*(*Inserire **codice IBAN** nel caso in cui la modalità di pagamento indicata sia l'accredito bancario)*

Data ___/___/_____ ***Firma del lavoratore*** _____

Riservato all'EBAS:

Il lavoratore ha presentato in data odierna la domanda per la concessione della Prestazione Straordinaria Ebas prevista dal vigente CIPL.

Sondrio, lì ___/___/_____ ***Timbro e Firma*** _____