# Richiesta di rimborso per prevenzione Cardiovascolare / Oncologica

## 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:***

☐ PACCHETTO PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE ☐ PACCHETTO PREVENZIONE ONCOLOGICA

- Per se stesso per l'importo di €_____;

***Allega:***

- Fattura in originale della spesa sostenuta;
- Carta d'identità del dipendente agricolo.

---

## 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*** _____