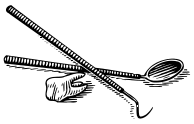
Richiesta di Rimborso per Prevenzione Odontoiatrica (pulizia dentale)



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 Prevenzione Odontoiatrica

- Per l'importo di € _____ ;

Allega:

- Fattura del professionista (contenente descrizione dettagliata e la data di inizio e termine della cura);
- Carta d'identità del dipendente agricolo.
- (Solo per i lavoratori a tempo determinato) DMAG, certificato dei giorni lavorati nell'anno precedente.

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*** _____