

RICHIESTA CONTRIBUTO PRESTAZIONI SANITARIE

RISERVATO ALL' ENTE

PROTOCOLLO N.

DA

DATA D'ARRIVO

Il/La sottoscritto/a
nato/a a il residente a
in Via..... N.
Codice Fiscale |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| telefono n.....
e.mail chiede la liquidazione del contributo alle prestazioni sanitarie
(visite mediche specialistiche e/o accertamenti diagnostici), come da verbale di delibera del Comitato di Gestione del 12 gennaio
2022 e successivi.

Prestazione effettuata in data (dal 1° gennaio dell'anno in corso)

A tal fine dichiara che nell'anno ha prestato la propria attività lavorativa presso la seguente l'azienda agricola:
..... telefono n.in qualità di operaio agricolo;

- A tempo determinato **per n.**
giorni lavorati

A tempo indeterminato
data assunzione

v 2° liv 3° liv 4° liv 5° liv 6° liv 7° liv 8° liv

Dichiara, inoltre, di non aver percepito o richiesto rimborso ad altri Enti o Fondi Assicurativi.

II/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalla vigente normativa, per coloro che rendano dichiarazioni false e compiano atti fraudolenti, al fine di procurare a se stessi o ad altri prestazioni economiche indebite.

Chiede che l'importo spettante venga accreditato sul proprio conto corrente:

IBAN I T

Allega alla presente richiesta la documentazione necessaria come da REGOLAMENTO.

Gentile interessato, la presente per informarLa che presso il nostro Ente è effettuato il trattamento dei Suoi dati personali. Il trattamento viene effettuato nel rispetto dei criteri previsti dal regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, Reg. 2016/679/UE, (d'ora in avanti G.D.P.R.) e di ogni altro testo legislativo nazionale, provvedimento o autorizzazione dell'Autorità competente allo stesso collegato. Secondo la normativa indicata, il trattamento deve essere improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.¹⁾ **Titolare del trattamento è Agri.Bi Ente Bilaterale per l'Agricoltura Veronese** in persona del Presidente pro tempore, con sede legale in Via Sommacampagna 63 D/E, tel.: 045 8204555 e-mail: privacy@agribi.verona.it. Il titolare del trattamento ha provveduto a nominare il Data Protection Officer (D.P.O.) contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@agribi.verona.it.

Data

Firma

Agri.Bi.
Ente Bilaterale per l'agricoltura veronese
Via Sommacampagna 63 d/e - 37137 Verona
Tel. +39 045 8204555 – C.F. 80007140231

REGOLAMENTO

DESTINATARI:	Lavoratori e lavoratrici agricoli contribuenti dell'Ente Bilaterale con almeno 102 giornate di lavoro dipendente nell'anno in corso o precedente
TIPOLOGIA DEL CONTRIBUTO:	Contributo per visite mediche specialistiche e/o accertamenti diagnostici sostenuti in regime mutualistico e/o privato
MISURA DEL CONTRIBUTO:	Rimborso della spesa sanitaria fino ad un tetto massimo di 70,00 euro per ogni fattura per un totale massimo di 350,00 euro all'anno La fattura/ticket deve essere di almeno 30 euro
DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DI RICHIESTA:	<ul style="list-style-type: none"> - Copia carta identità del dichiarante - Copia fattura della prestazione - OTD E OTI: Copia di 1 busta paga riferita al periodo della richiesta
CONDIZIONI PER RICHIEDERE IL SERVIZIO:	<ul style="list-style-type: none"> - Le richieste possono essere inviate per mail o consegnate a mano entro il 31 gennaio dell'anno successivo all'evento - <u>Azienda in regola con i versamenti all'Ente Bilaterale</u>, secondo le aliquote previste dal Contratto Integrativo Provinciale

L'erogazione del servizio viene decisa di anno in anno.

Il servizio verrà erogato nell'ambito di un budget specifico prefissato annualmente e compatibilmente con il bilancio complessivo dell'Ente Bilaterale.

Nell'erogazione del servizio vengono applicate specifiche regole procedurali predisposte dall'Ente Bilaterale.

Le eventuali controversie di interpretazione verranno esaminate e decise dal Comitato di Gestione dell'Ente Bilaterale.