

AUTOCERTIFICAZIONE PER:

RICHIESTA CONTRIBUTO PRESTAZIONI SANITARIE

RISERVATO ALL' ENTE

PROTOCOLLO N.

DA

DATA D'ARRIVO

Il/La sottoscritto/a nata a il residente a in Via N. Codice Fiscale telefono n. **Codice Fiscale coniuge**

chiede la liquidazione del contributo prestazioni sanitarie, approvato con verbale di delibera del Comitato di Gestione del 6 marzo 2015, per visita medica specialistica:

- allergologo cardiologo dermatologo
- diabetologo endocrinologo oculista
- ortopedico otorinolaringoiatra pneumologo

effettuata in data:

A tal fine segnala che nell'anno precedente ha prestato la propria attività lavorativa presso l'azienda agricola: sita nel comune di

- in qualità di operaio a: tempo determinato tempo indeterminato
- 1° liv 2° liv 3° liv 4° liv 5° liv 6° liv 7° liv

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

Allega: - prescrizione medica - copia fattura prestazione

Chiede che l'importo del contributo spettante venga accreditato presso:
Banca Agenzia
Conto Corrente intestato a

IBAN

Il/La sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendono dichiarazioni false e compiono atti fraudolenti al fine di procurare a se o ad altri prestazioni previdenziali o assistenziali indebite.

In fede.

Data

Firma

Informativa ex art.13 D. Lgs. 196/2003 per il trattamento di dati sensibili

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali (articolo 26).

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni.

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati, nei limiti dell'Autorizzazione generale del Garante n.1/2002, per le seguenti finalità: applicazione del contratto collettivo per l'erogazione di integrazione alle indennità corrisposte da INPS e INAIL ed eventuali prestazioni a sostegno del reddito;
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzato;
3. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto
4. I dati saranno comunicati agli istituti bancari competenti per l'erogazione dell'indennità, fermo restando il divieto relativo ai dati idonei a rivelare lo stato di salute, di cui all'art. 26, comma 5 del D.lgs.196/2003).
5. Il titolare del trattamento è: **AGR.BI. ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA VERONESE – VIA SOMMACAMPAGNA 63 D/E 37137 VERONA**
6. Il responsabile del trattamento designato dal titolare ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs 196/2003 e conoscibile presso la sede del titolare
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003.

Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati sensibili

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale":

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Luogo e data

Firma leggibile

Presta Non Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari all'invio di comunicazioni da parte dell'Ente (non a fini commerciali)

Luogo e data

Firma leggibile

AGRI.BI.
ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA VERONESE

**RICHIESTA CONTRIBUTO PRESTAZIONI SANITARIE
PER OPERAI AGRICOLI**

REGOLAMENTO

(APPROVATO CON VERBALE DI DELIBERA DEL 6 MARZO 2015)

DESTINATARI:	Lavoratori e lavoratrici agricoli contribuenti dell'Ente Bilaterale
TIPOLOGIA DEL CONTRIBUTO:	Contributo per spese sanitarie specifiche (allergologo, cardiologo, dermatologo, diabetologo, endocrinologo, oculista, ortopedico, otorinolaringoiatra, pneumologo) 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 complessivo di 350,00 euro
DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DI RICHIESTA:	<ul style="list-style-type: none">- prescrizione medica- fattura della prestazione- busta paga riferita al periodo della richiesta
CONDIZIONI PER RICHIEDERE IL SERVIZIO:	<ul style="list-style-type: none">- Almeno 102 giornate di lavoro svolte nell'anno precedente- <u>Azienda in regola con i versamenti all'Ente Bilaterale, secondo le aliquote previste dal Contratto Integrativo Provinciale</u>- Presentazione <u>richiesta entro il 30 aprile</u> dell'anno successivo all'evento

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.

-----*-----

AGRI.BI. Ente Bilaterale PER L'AGRICOLTURA VERONESE
Via Sommacampagna, 63d/e - 37137 Verona - Tel 045 8204555 – Fax 045 4854845
e-mail: info@agribi.verona.it - www.agribi.verona.it