

## **DOMANDA CONTRIBUTO per Visita Medica Periodica di Medicina del Lavoro**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

Titolare/Legale Rappresentante dell'Azienda Agricola \_\_\_\_\_

Codice Fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_

Con Sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

## **CHIEDE PER N. \_\_\_\_ OPERAI AGRICOLI (di cui dati in allegato)**

A codesto Ente Bilaterale il contributo per i costi sostenuti relativi alla Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria degli operai agricoli dipendenti (D.Lgs. 81 del 09/04/2008 Art. 41). Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato con bonifico bancario.

Cod. IBAN \* \_\_\_\_\_

C/C INTESTATO A \* \_\_\_\_\_ BANCA \_\_\_\_\_

### **Allega la seguente documentazione**

- Copia della fattura (con specifica del nome degli operai agricoli soggetti alla normativa)
- Attestazione pagamento della fattura (bonifico bancario – A/C o Bancario)

La richiesta deve essere presentata entro 30 giorni dal pagamento della fattura

Agribi verificherà, al fine di erogare il contributo, che il medico competente sia presente nell'elenco dei Medici in possesso dei titoli e requisiti previsti dall'art. 38 comma 1 e comma d-bis D.L.gs n. 81 del 9 aprile 2008

L'accesso al contributo è previsto per le Aziende iscritte ed in regola con i versamenti contributivi all'Ente Bilaterale AGRI.BI. ed è pari a € 30 per ogni dipendente.

### **L'Azienda dichiara di essere in regola con la normativa vigente in materia di Sicurezza nei luoghi di lavoro.**

Data \_\_\_\_\_ Firma del TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

### **Informativa e consenso sulla Privacy**

Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo UE 679/2016 autorizza l'Ente Bilaterale per l'Agricoltura Veronese AGRI.BI. (Titolare del Trattamento e Soggetto al quale potrà far valere i diritti di cui agli Art.15 e seguenti del Regolamento Europeo) al trattamento cartaceo ed informatico dei propri dati personali e sensibili. Il trattamento avverrà per finalità e nei limiti correlati alla richiesta di rimborso in oggetto. I dati richiesti con la scheda, necessari ed indispensabili per la valutazione dei requisiti di accesso al diritto al rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni del caso, alle associazioni sindacali partecipanti al Comitato di Gestione e non saranno oggetto di diffusione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

## DOMANDA CONTRIBUTO per Visita Medica Periodica di Medicina del Lavoro

### Allegato nominativi Operai Agricoli

1. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

n.tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

operaio a tempo:  **indeterminato**  **determinato**

2. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

operaio a tempo:  **indeterminato**  **determinato**

3. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

operaio a tempo:  **indeterminato**  **determinato**

4. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

operaio a tempo:  **indeterminato**  **determinato**

5. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

operaio a tempo:  **indeterminato**  **determinato**

Data \_\_\_\_\_ Firma del TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_

### Informativa e consenso sulla Privacy

Il sottoscritto, presa visione dell'Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo UE 679/2016 autorizza l'Ente Bilaterale per l'Agricoltura Veronese AGRI.BI. (Titolare del Trattamento e Soggetto al quale potrà far valere i diritti di cui agli Art.15 e seguenti del Regolamento Europeo) al trattamento cartaceo ed informatico dei propri dati personali e sensibili. Il trattamento avverrà per finalità e nei limiti correlati alla richiesta di rimborso in oggetto. I dati richiesti con la scheda, necessari ed indispensabili per la valutazione dei requisiti di accesso al diritto al rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni del caso, alle associazioni sindacali partecipanti al Comitato di Gestione e non saranno oggetto di diffusione.

Data \_\_\_\_\_ Firma del TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE \_\_\_\_\_