

# AGRI.BI. ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA VERONESE

37137 VERONA Via Sommacampagna 63d/e

tel. 045 8204555 fax. 0454854845 - C.F. 80007140231 - [www.agribi.verona.it](http://www.agribi.verona.it) - e.mail: [info@agribi.verona.it](mailto:info@agribi.verona.it)

**AUTOCERTIFICAZIONE PER:**

**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**), approvato con verbale di delibera del Comitato di Gestione del 12 gennaio 2022.

**Prestazione effettuata in data:** .....

A tal fine **dichiara** che nell'anno ..... ha prestato la propria attività lavorativa presso l'azienda agricola:  
..... telefono n. ....sita nel  
comune di ..... in qualità di operaio a:

tempo determinato **per n.** .....  tempo indeterminato  
**giorni lavorati** ..... **data assunzione** .....

1° liv     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.

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

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

IBAN																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Allega** alla presente la documentazione necessaria come da **REGOLAMENTO**.  
In fede.

Data ..... Firma .....

**PRESA VISIONE INFORMATIVA PRIVACY  
(Ai sensi dell'art. 7 GDPR UE 2016/679)**

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 altra legge nazionale di adeguamento. La raccolta dati sarà finalizzata all'adempimento degli obblighi contrattuali. Eventuali finalità di natura commerciale e marketing saranno connesse a un consenso espresso.  
Il 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 - 37137 Verona, tel.: 045 8628811 e-mail: [privacy@agribi.verona.it](mailto:privacy@agribi.verona.it). Il titolare del trattamento ha provveduto a nominare la **società 4 Progetto sicurezza s.n.c.** con sede in Via Staffali, 39 – 37062 Villafranca di Verona (VR) come Data Protection Officer (D.P.O.). Referente persona fisica del D.P.O. è la **dott.ssa Cristina Froio** contattabile all'indirizzo e-mail: [dpo@4progettosecurezza.it](mailto:dpo@4progettosecurezza.it).  
Informativa esaustiva relativa alla privacy potrai trovarla sul sito: [agribi.verona.it](http://agribi.verona.it)

Data ..... Firma .....

AGRI.BI.  
ENTE BILATERALE PER L'AGRICOLTURA VERONESE

**RICHIESTA CONTRIBUTO PRESTAZIONI SANITARIE  
PER OPERAI AGRICOLI**

**REGOLAMENTO**

(APPROVATO CON VERBALE DI DELIBERA DEL 12 gennaio 2022)

<b>DESTINATARI:</b>	Lavoratori e lavoratrici agricoli contribuenti dell'Ente Bilaterale con almeno <b>102 giornate di lavoro</b> dipendente nell'anno in corso o precedente
<b>TIPOLOGIA DEL CONTRIBUTO:</b>	Contributo per visite mediche specialistiche e/o accertamenti diagnostici sostenuti in regime mutualistico e/o privato
<b>MISURA DEL CONTRIBUTO:</b>	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 <b>La fattura/ticket deve essere di almeno 30 euro</b>
<b>DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL MODULO DI RICHIESTA:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Copia carta identità del dichiarante</b></li><li>- Copia fattura della prestazione</li><li>- <b>OTD E OTI:</b> Copia di <b>1</b> busta paga riferita al periodo della richiesta</li></ul>
<b>CONDIZIONI PER RICHIEDERE IL SERVIZIO:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le richieste possono essere inviate per mail, fax, raccomandata o consegnate a mano</li><li>- <u>Azienda in regola con i versamenti all'Ente Bilaterale, secondo le aliquote previste dal Contratto Integrativo Provinciale</u></li><li>- Saranno prese in considerazione solamente le fatture dal <b>7 febbraio 2022</b></li></ul>

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.

-----\*-----