

DOMANDA CONTRIBUTO per Visita Medica 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)
- Attestazione pagamento della fattura (bonifico bancario – A/C o Bancario)

Il contributo è pari a 30 per ogni operaio agricolo visitato.

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 in regola con i versamenti contributivi ad Agribi e che abbiano effettuato il [calcolo del Salario Variabile sul Portale \[agribi.verona.it\]\(http://agribi.verona.it\)](#)

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

L'azienda dichiara che i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria sono regolarmente assunti come operai agricoli come previsto dal contratto provinciale di verona.

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 _____