

DOMANDA CONTRIBUTO per Visita Medica Periodica di Medicina del Lavoro

*Il sottoscritto _____

*Titolare/legale rappresentante dell'Azienda agr. _____

*Codice fiscale/partita IVA _____

*Con sede in _____

*Via _____

*Indirizzo mail _____

CHIEDE

A codesto rispettabile Ente Bilaterale il contributo per i costi sostenuti relativi alla Sorveglianza Sanitaria Obbligatoria dei lavoratori agricoli dipendenti (**D.Lgs. 81 del 9/04/2008 art. 41**)

Chiede inoltre che il rimborso venga effettuato con bonifico bancario

Cod. IBAN * _____
c/c intestato a * _____

N.B. i dati contrassegnati da asterisco sono obbligatori

Allega la seguente documentazione:

- Copia della fattura (con specifica del n. dei dipendenti soggetti alla normativa- max. 30)
- Attestazione pagamento della fattura (bonifico bancario – A/C o bancario)

Data _____

Firma _____

Informativa e consenso sulla Privacy

Il sottoscritto autorizza l'Ente Bilaterale per l'Agricoltura Vicentina (titolare del trattamento e soggetto al quale potrà far valere i diritti di cui agli art. 7 e seguenti del D.Lgs. 196/2003) 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.

Firma _____

L'accesso al contributo è previsto, alle aziende iscritte ed in regola con i versamenti contributivi all'Ente Bilaterale ed è pari a € 30,00 per ogni dipendente (per un massimo di 30 dipendenti/anno).

Parte riservata all'Ufficio