

Al Comitato di gestione per il Fondo Indennizzi Malattie ed Infortuni (F.I.M.I.) e per il miglioramento della sicurezza sul lavoro degli operai agricoli, forestali, florovivaisti e semenzieri dell'area di Firenze, Pistoia e Prato

Viale Giovanni Amendola, 46
50121 Firenze
tel. 055 200411
e-mail: fimifipopt@condecofi.it

DOMANDA DI CONCESSIONE DELL'ASSEGNO F.I.M.I.

Il sottoscritto nato a () il.....
cod.fisc.....indirizzo.....comune.....prov.....
telefono e-mail
in qualità di operaio agricolo a tempo indeterminato in servizio presso la
florovivaista avventizio
Azienda Agr. p.iva-cod.fisc.
posta in comune di..... con sede legale a
con anzianità di servizio dal..... qualifica....._
chiede che gli sia concesso l'assegno F.I.M.I. previsto dal contratto collettivo territoriale di lavoro per
n..... giornate di malattia inizio il termine il
infortunio ancora in corso

Il sottoscritto allega alla presente dichiarazione copia del foglio paga del mese precedente, debitamente sottoscritto dall'Azienda, e dei certificati medici, attestanti la malattia/infortunio e dichiara, sotto la propria responsabilità, ad ogni effetto, che quanto sopra indicato corrisponde al vero.

Il sottoscritto richiede il pagamento dell'assegno di competenza utilizzando la seguente modalità:

() assegno circolare;

() accredito su c/c banca/posta iban.....

Data Firma operaio

- DICHIARAZIONE DELL' OPERAIO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, in relazione a quanto previsto dagli artt. 11 e 20, L.N. 675/96 e Regolamento (U.E.) 2016/679, esprime consenso al trattamento dei propri dati personali.

Firma operaio.....

- DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO SUI VERSAMENTI E DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AZIENDALI

L'Azienda dichiara di essere in regola con i versamenti delle quote FIMI inviate dall'INPS congiuntamente ai Contributi Agricoli Unificati, autorizzando, in caso di mancato versamento, il Comitato di Gestione FIMI a procedere a riscossione forzata, come previsto dalla vigente Convenzione FIMI allegata al contratto collettivo territoriale/provinciale di lavoro. Ai sensi di quanto stabilito dagli Artt. 11 e 20 L.N. 675/1996 e Reg. (UE), n. 2016/679, sulla riservatezza dei dati personali, autorizza il Presidente del Fondo ad effettuare i relativi controlli attraverso la consultazione degli specifici tabulati F.I.M.I. e C.A.C.T./C.A.C.P.messigli a disposizione dall'INPS, in attuazione della convenzione stipulata con l'Istituto.

Data Timbro e Firma Azienda

F.I.M.I. Il lavoratore..... ha presentato oggi la domanda datata..... per la concessione dell'assegno previsto dal vigente contratto collettivo territoriale/provinciale di lavoro. Il Fondo effettuerà successiva verifica e provvederà ad eventuale conguaglio in più o meno, in base alla documentazione riconosciuta dall'I.N.P.S o dall'I.N.A.I.L

Data Firma