

DOMANDA DI EROGAZIONE CONTRIBUTO SPESE CURE DENTARIE (IGIENE DENTALE)

Il sottoscritto _____ Nato il _____ a _____
Cod.Fisc. _____ residente nel comune di _____
Via _____ Tel. _____
Dipendente OTI/OTD dell'Azienda Agricola _____ dal _____
Con sede In Comune di _____

CHIEDE

il Contributo per Spese di Cure Dentarie (solo Igiene Dentale) con liquidazione a mezzo bonifico:

IBAN (obbligatorio) _____ (27 cifre)

Intestato a _____ **Banca** _____ **Agenzia di** _____

DICHIARA

- o Di aver effettuato nell'anno precedente 51 giornate di lavoro (solo se Operaio a Tempo Determinato.)

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni civili e penali previste dalle vigenti norme di legge per coloro che rendano dichiarazioni false e compiano atti fraudolenti al fine di procurare a se o ad altri prestazioni previdenziali o assistenziali indebite.(art. 76 DPR 445/2000).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto ai sensi dell'art.13 e 14 GDPR (Reg.UE 679/2016) acconsente al trattamento dei propri dati personali comuni e sensibili per il perseguimento delle finalità istituzionali nonché per la realizzazione delle attività del Fondo stesso e alla comunicazione e diffusione dai dati a soggetti terzi appartenenti alle categorie indicate nell'informativa.

Acconsento

Non_acconsento

ALLEGA : copia fattura/ticket prestazione medica
Documento identità in corso di validità.

N.B. Per l'anno 2022 Il rimborso della spesa è pari a 1 prestazione/anno con un massimo di € 70,00.

Parte riservata all'Ufficio

Data

Firma

.....

