|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**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’AziendaAgricola­­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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

* Di aver effettuato nell’anno precedente 102 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 |  |

1. **ALLEGA :** copia fattura/ticket prestazione medica
2. 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.

Data ………………………….

Parte riservata all’Ufficio

**Firma**  **……………………………**



**ENTE BILATERALE PER L’AGRICOLTURA VICENTINA**

**FONDO ASSISTENZA INTEGRATIVA MALATTIA-INFORTUNIO LAVORATORI AGRICOLI**

Via Vecchia Ferriera n. 5 - 36100 VICENZA

Tel.e Fax. 0444/964542 – Cod.Fiscale 80008310247-

Indirizzo e-mail: info@ebavi.it