



RICHIESTA RIMBORSO DI INFORTUNIO /MALATTIA PROFESSIONALE/INVALIDITA'
PERMANENTE

(Art. 9.1/b – c del Regolamento del Fila)

La sottoscritta Ditta _____
 con sede in _____ Via /Piazza _____
 Tel. _____ Fax _____ e.mail _____
 Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
 Cod. IBAN _____

allo scopo di ottenere il rimborso di quanto anticipato al

DIPENDENTE TITOLARE SOCIO/A COLLABORATORE/TRICE FAMILIARE

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità penale e civile che:

il Sig. _____ nato a _____

il _____ residente in _____ Via _____

n° _____ titolare socio/a collaboratore/trice dal _____

OVVERO

operaio/a apprendista impiegati/e occupato/a presso questa impresa dal _____ al _____
 con la qualifica di _____

È stato assente per infortunio dal giorno _____ ed ha ripreso servizio in data _____ e di
 avergli corrisposto per INAIL € _____ come risulta da prospetto di liquidazione allegato (originale o fotocopia)

Per quanto concerne codesto Fondo esponiamo qui di seguito il

(Spazio riservato al FILA)	CONTEGGIO INTEGRATIVO	Euro
Mandato di uscita N.	RETRIBUZIONE LORDA GIORNALIERA	
	RETRIBUZIONE CONVENZIONALE (SOLO PER TITOLARI-SOCI-COLLAB.)	
	INTEGRAZIONE CORRISPOSTA (A)	
	MAGGIORAZIONE 8,33% (B)	
	TOTALE (A) + (B)	
	CONTRIBUTI E PREMI (C) (.....%)	
	TOTALE DA RIMBORSARE (A) + (B) + (C)	
	Corrispondente a n° _____ giornate al 100%	
	Eventuale invalidità permanente punti	

_____ li _____

 (Timbro e Firma Azienda)