



RICHIESTA RIMBORSO DI MALATTIA
(Art.9.1/a 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

DICHIARA

sotto la propria responsabilità penale e civile che:

il Sig. _____ nato a _____
 il _____ residente in _____ Via _____
 n° _____ operaio/a apprendista impiegati dal _____

è stato assente per malattia come risulta dagli **uniti certificati medici** dal giorno _____ al giorno _____
 e di avergli corrisposto per l'INPS € _____ quale indennità di malattia.- A comprova, allega prospetto di liquidazione INPS

Per quanto concerne codesto Fondo esponiamo qui di seguito il

(Spazio riservato al FILA)	CONTEGGIO INTEGRATIVO	Euro
Mandato di uscita N.	RETRIBUZIONE LORDA GIORNALIERA	
	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 50% e n° _____ giornate al 100%	
Eventuale rimborso n° giornate al 25% Oltre 180 e per tutta la durata conservaz. posto €		

_____ li _____

 (Timbro e Firma dell'Azienda)