



RICHIESTA RIMBORSO DI MATERNITA'
(Art.9.2 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 alla:

OPERAIA APPRENDISTA IMPIEGATA TITOLARE SOCIA COLLABORATORE/TRICE FAMILIARE

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità penale e civile che:

il Sig. _____ nato a _____
 il _____ residente in _____ Via _____
 n° _____ titolare socia collaboratrice operaia apprendista impiegata
 dal _____

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

Per quanto concerne codesto Fondo esponiamo qui di seguito il

<u>(Spazio riservato al FILA)</u>	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 _____ % e n° _____ giornate al _____ %	

_____ li _____

 (Timbro e Firma dell'Azienda)