



Sede legale: Strada Battaglia 71/C, 35020 Albignasego (PD)

Sito web: www.fimiebp.it **Pec:** fini_ebp@legalmail.it

Contatti segreteria:

e-mail: info@fimiebp.it; tel. 049 8223506; cell. 331 7488626

Contatti RLST:

e-mail: rlst@fimiebp.it; cell. 334 910 4766

RICHIESTA CONTRIBUTO VISITE MEDICHE OBBLIGATORIE

Il sottoscritto _____ in qualità di TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE
dell'Azienda Agricola / Florovivaistica _____
con Sede Legale in _____
P.IVA _____ E-mail _____ tel. _____

CHIEDE

con la presente il contributo di € 30,00 per ogni visita medica dei propri lavoratori effettuate dal Medico del lavoro

Chiede che il pagamento a mezzo di bonifico venga accreditato alle seguente coordinate bancarie:

Banca: _____

Agenzia di _____

Indirizzo: _____

IBAN: _____

ALLEGA

- copia della fattura emessa dal medico del lavoro che ha eseguito la prestazione;
- attestato/i di idoneità rilasciato dal medico del lavoro;
- elenco dipendenti sottoposti alle visite mediche.

Li, ____ / ____ / ____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

(Ai sensi dell'Art. 23 del D.Lgs. 196/03 e s. m. i. ed Art. 15 GDPR UE 2016/679 e s. m. i.)

Il sottoscritto _____ in qualità di TITOLARE / LEGALE RAPPRESENTANTE
dell'Azienda Agricola / Florovivaistica _____
presa visione dell'Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo UE 679/2016 autorizza il FIMI EBAP al
trattamento cartaceo ed informatico dei propri dati personali e sensibili. Il trattamento averà per finalità e nei limiti
correlati alla richiesta di rimborso in oggetto. I dati richiesti con la scheda, necessari ed indispensabili per la valutazione
dei requisiti di accesso al diritto di rimborso, saranno comunicati, per le deliberazioni del caso, alle Associazioni
Datoriali e Sindacali partecipanti al Comitato di Gestione. Tali dati non saranno oggetto di diffusione.

Li, ____ / ____ / ____

Firma _____