

DITTA _____ COD. CIA _____

SEDE _____ INDIRIZZO _____

BANCA _____ FILIALE _____ ABI _____ CAB _____ N° C/C _____

IBAN _____

C.I.A. Cassa Integrazione Assistenza
 Via Garibaldi, 70 53100 Siena
 Tel. 0577 530061 Fax 0577 530073 ciasiena@tin.it www.cia.si.it

RICHIESTA PER INDENNITÀ A FAVORE DEI LAVORATORI DIPENDENTI:

VM VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE ED ESAMI DIAGNOSTICI	MB CONGEDI PER MALATTIA DEL BAMBINO DI CUI ALLA LEGGE N° 53 DELL'8 MARZO 2000
TA TERAPIE AMBULATORIALI PRESCRITTE DA UN MEDICO "SPECIALISTA" (CURATIVE)	AM ASSISTENZA FIGLI MINORENNI (RICOVERI VISITE VACCINAZIONI)
MF CONGEDI PER MOTIVI FAMILIARI DI CUI ALLA LEGGE N° 53 DELL'8 MARZO 2000	AC ASSISTENZA CONGIUNTI E CONVIVENTI (ASSISTENZA OSPEDALIERA E A VISITE)

CODICE DIP.	COGNOME E NOME	QUALIFICA	TIPO ASSUNZIONE	% CONTR. INPS a carico del datore di lavoro	SALARIO ORARIO	TIPO EVENTO	DATA DI NASCITA BAMBINO per i casi MB	RAPPORTO DI PARENTELA per i casi MF e MB	PERIODO	N° ORE	TOT. GG	TOTALE RIMBORSO
									DAL			
									AL			
									DAL			
									AL			
									DAL			
									AL			
										TOTALE		

DOCUMENTI:

- VM** certificato medico - busta paga comprovante l'assenza e il rimborso
- TA** prescrizione medica che evidenzi la durata del ciclo della terapia - busta paga comprovante l'assenza e il rimborso
- MF** congedi per decesso o grave infermità del parente o coniuge o convivente: certificato di morte oppure certificazione di "grave infermità" rilasciata dal medico - autocertificazione emessa dal richiedente la prestazione dal quale risulti il rapporto di parentela – busta paga comprovante l'assenza e il rimborso
- MB** certificato del medico pediatra o ospedaliero - busta paga comprovante l'assenza e il rimborso
- AM** certificato ospedaliero o certificato per visita medica o vaccinazione - busta paga comprovante l'assenza e il rimborso
- AC** certificato ospedaliero o certificato per visita medica - autocertificazione emessa dal richiedente la prestazione dal quale risulti il rapporto di parentela o stato di famiglia per i conviventi - busta paga comprovante l'assenza e il rimborso

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 Reg. UE 2016/679)
 I dati raccolti ed in possesso alla CIA - FSR e da Lei forniti ai sensi dell'Art.13 .Reg. UE 2016/679, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa richiamata e dell'informativa già in Suo Possesso. Il conferimento di dati è dovuto ad obblighi contrattuali: la loro mancata fornitura potrebbe comportare l'impossibilità ad erogare le prestazioni a carico della CIA - FSR.

DATA

TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA _____