MODULO DOMANDA DI RIMBORSO PER VISITA MEDICA PREVENTIVA

Art. 4 CPL BOLOGNA 20/11/2024

Art. 78 D.L. NR. 18/2020

Spett.le **C.I.M.A.A.V. - E.B.A.T. BOLOGNA**
Via degli Orti 44
40137 BOLOGNA

La /Il sottoscritta/o_____

nata/o a _____ Il_____ residente a _____

Via_____ _____ n°_____

Nella veste di Datore di lavoro/legale rappresentante della:

Ditta_____

C.F. _____ con sede in _____

via _____n°_____

Avendo effettuato la visita medica per il dipendente:

NOME _____ COGNOME _____

C.F. _____ RESIDENZA _____

Qualifica/livello/Mansione _____

Assunto il _____ e sino al _____

Presenta domanda di rimborso alle condizioni specificate nel CPL operai agricoli del_____, per la somma di €. _____.

Comunica all'uopo i dati bancari aziendali per il relativo bonifico

IBAN _____.

Allo scopo ed a riprova allega i seguenti documenti:

- **Copia fattura visita medica con indicazione della prestazione (visita preventiva)**
- **Denuncia Trimestrale anno precedente (modelli INPS UNIEMENS POSAGRI (per le denunzie mensili delle contribuzioni)**
- **Ultima busta paga**

Distinti saluti

Data _____ FIRMA_____