



47121 Forlì - Via Olivucci n.1
Tel. 0543.29492 – Fax 0543.29128
www.cimla.it
E-mail: cassa@cimla.it

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il
codice fiscale Tel.
indirizzo fiscale
indirizzo e-mail
codice fiscale coniuge (anche se non fiscalmente a carico)
domicilio (solo se diverso dalla residenza)
iscritto negli elenchi anagrafici dei lavoratori agricoli per l'annata agraria 20..... alla categoria
nel comune di fa domanda di usufruire delle indennità integrative per
Malattie – Infortuni sul lavoro – Malattie professionali erogate da codesta C.I.M.L.A. e allega **prospetto di
liquidazione dell'Ente Erogatore (I.N.P.S. – I.N.A.I.L.)**
dal alper gg. N.
dal alper gg. N.
dal alper gg. N.
dal alper gg. N.
TOTALE gg. N.

Trattasi di incidente stradale per colpa di terzi? Sì No

Dichiara altresì di aver prestato la sua opera presso le suddette ditte:

AZIENDA AGRICOLA (nome del proprietario)	COMUNE DOVE TROVASI LA PROPRIETA'
.....
.....

N.B. – L'erogazione dell'indennità Malattia ed Infortunio da parte di C.I.M.L.A. è subordinata alla presentazione della domanda dell'interessato entro e non oltre 180 giorni dalla data di riscossione delle indennità medesime a saldo dagli Enti erogatori.

Si richiede inoltre la non applicazione delle deduzioni di cui all'art. 10 bis dei T.U.I.R. in quanto percepite da altro sostituto d'imposta.

IL DICHIARANTE

.....