

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 [info@cia.si.it](mailto:info@cia.si.it) [www.cia.si.it](http://www.cia.si.it)

**RICHIESTA PER INDENNITÀ A FAVORE DEI LAVORATORI DIPENDENTI:**

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

**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

*Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679, C.I.A. CASSA INTEGRAZIONE ASSISTENZA, in qualità di Titolare del trattamento dei suoi dati personali, La informa che i dati acquisiti saranno trattati, in modalità informatizzata e non, per l'esecuzione di obblighi di legge o di contratto e per garantire la corretta gestione amministrativa e contabile e che i suoi dati non saranno oggetto di diffusione. Per l'esercizio dei suoi diritti, così come previsto dal Regolamento, può contattarci: Tel. 0577 530061 - [info@cia.si.it](mailto:info@cia.si.it)  
 L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito [www.cia.si.it](http://www.cia.si.it).*

**DATA** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DELL'AZIENDA** \_\_\_\_\_