



47121 Forlì - Via delle Torri, 45  
Tel. 0543.29492 – Fax 0543.29128  
[www.cimla.it](http://www.cimla.it)  
E-mail: [cassa@cimla.it](mailto: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 ..... al .....per gg. N. ....  
dal ..... al .....per gg. N. ....  
dal ..... al .....per gg. N. ....  
dal ..... al .....per 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

.....