MOD.A.F. 4 AGR/SPEC
COD. **SR15**

INPS
Istituto Nazionale
Previdenza Sociale

SEDE DI _____

DICHIARAZIONE (*)

AI FINI DELL'EROGAZIONE DEI TRATTAMENTI DI FAMIGLIA (**)

PER PERIODI DI INATTIVITA' IN AGRICOLTURA

DOVUTI AD INFORTUNIO O MALATTIA PROFESSIONALE, MALATTIA O GRAVIDANZA E PUERPERIO

IL SOTTOSCRITTO _____ _____
Cognome Nome

CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE PER COLORO CHE RENDONO ATTESTAZIONI FALSE

DICHIARA CHE NEI 30 GIORNI PRECEDENTI L'INIZIO DEI SEGUENTI PERIODI D' INATTIVITA'

DAL _____ AL _____ DAL _____ AL _____ DAL _____ AL _____
gg / mm / aaaa

CONSEGUENTI A ☐ ***INFORTUNIO O MALATTIA PROFESSIONALE*** ☐ ***MALATTIA*** ☐ ***GRAVIDANZA E PUERPERIO*** (allegare il relativo certificato medico. Nell' eventualità che lo stesso sia stato già consegnato indicare la data di presentazione _____)

HA PRESTATO ATTIVITA' LAVORATIVA IN QUALITA' DI OPERAIO AGRICOLO DIPENDENTE COME RISULTA DAL PROSPETTO CHE SEGUE :

DENOMINAZIONE DEL DATORE DI LAVORO		**LAVORO SVOLTO**		
AZIENDA	INDIRIZZO	DAL	AL	N° GIORNATE

DICHIARA INOLTRE CHE DURANTE IL PERIODO DI INATTIVITA' NESSUN ALTRO HA PERCEPITO O PERCEPISCE TRATTAMENTI DI FAMIGLIA PER LE STESSE PERSONE.

LUOGO E DATA

_____ ,li

FIRMA

_____

(*) da allegare al mod.: - PREST. AGR. 21 TP (Lavoratori agricoli dipendenti compartecipanti familiari e piccoli coloni)
- PREST.AGR. 21 TP e PREST.AGR 21 TP AF (piccoli coltivatori diretti)

(**) Assegno per il nucleo familiare ai lavoratori agricoli dipendenti, ai compartecipanti familiari ed ai piccoli coloni e assegni familiari ai piccoli coltivatori diretti .

ISTRUZIONI ED AVVERTENZE

REQUISITI RICHIESTI PER LA CONCESSIONE

I trattamenti di famiglia per i periodi d' inattività causata da infortunio o malattia professionale, malattia, gravidanza e puerperio, sono corrisposti a condizione che il lavoratore agricolo:
- sia iscritto o abbia titolo all' iscrizione negli elenchi nominativi per un numero di giornate non inferiori a 51
- sia stato occupato alle dipendenze di datori di lavoro agricoli , per almeno 6 giorni, nei trenta giorni precedenti il verificarsi dell'evento.

DURATA DELL'EROGAZIONE

INFORTUNIO E MALATTIA PROFESSIONALE - per tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta riconosciuta dall'INAIL, fino ad un massimo di tre mesi

MALATTIA - per tutto il periodo per il quale viene corrisposta l'indennità di malattia

GRAVIDANZA E PUERPERIO - limitatamente al periodo di assenza obbligatoria dal lavoro stabilito dalla legge (due mesi precedenti la data del parto e tre mesi dopo)

L'erogazione avviene in conformità a 6 assegni per ogni 7 giorni consecutivi di calendario, con un massimo di 26 nel mese.

N.B. -IL PRESENTE MODULO NON DEVE ESSERE PRESENTATO DAI LAVORATORI CHE RISULTANO ISCRITTI NEGLI ELENCHI PER PIU' DI 100 GIORNATE IN QUANTO AGLI STESSI I TRATTAMENTI DI FAMIGLIA SARANNO CORRISPOSTI PER L'INTERO ANNO AI SENSI DELL'ART. 8 DELLA LEGGE 16 FEBBRAIO 1977, N. 37