



FIAM
 FONDO
 INTEGRATIVO
 ARTIGIANATO
 MARCHE

Beneficiario

Banca: _____

Ditta	Cod. FIAM	Via	N.
Città	CAP	Prov.	
Beneficiari	<input type="checkbox"/> Azienda	<input type="checkbox"/> Titolare	<input type="checkbox"/> Socio
		<input type="checkbox"/> Collaboratore familiare	<input type="checkbox"/> Lavoratore
			<input type="checkbox"/> Familiare
Cognome	Nome		
Residente a	CAP	Via	N.
Solo per lavoratori/ Qualifica	Livello	Rapporto	Ore settimanali

PRESTAZIONI



DOCUMENTAZIONE

La richiesta di prestazione deve pervenire al FIAM entro e non oltre 90 giorni dal verificarsi dell'evento. Si ha diritto alla erogazione delle prestazioni solo se la Ditta è in regola con i versamenti al Fondo