

## RICHIESTA CONTRIBUTO ASSISTENZIALE

In data ...../...../.....

La/Il sottoscritto/a.....

Nata/o il .....a.....(.....)

Residente in .....(.....) – C.A.P.....

Via/P.zza.....n°.....tel.....

e-mail.....

**CODICE FISCALE** □□□ □□□ □□□□□ □□□□ □

in servizio presso ..... tel.....

in pensione

superstite di .....

Titolare del seguente conto corrente:

**CODICE IBAN** □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

**N.B.:** Per i pagamenti questo Ufficio utilizzerà l'ultimo codice iban dichiarato, qualunque sia la tipologia di istanza presentata. Inoltre, si fa presente che questo Ufficio non può effettuare accrediti su Libretti Postali o tipologie difforni dal c/c bancario.

## CHIEDE

Un contributo assistenziale per *(barrare le voci di interesse):*

- sé stesso       il coniuge,  il/la figlio/a,  altro familiare **fiscalmente a carico**

Relativo a:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| A) <input type="checkbox"/> SPESE MEDICHE               | TOTALE €.....     |
| <input type="checkbox"/> CURE DENTARIE                  | TOTALE €.....     |
| <input type="checkbox"/> PROTESI ACUSTICHE              | TOTALE €.....     |
| <input type="checkbox"/> PROTESI OCULISTICHE            | TOTALE €.....     |
| <br>B) <input type="checkbox"/> ISCRIZIONE NIDO/MATERNA | <br>TOTALE €..... |
| C) <input type="checkbox"/> ABBONAMENTI TRASPORTI       | TOTALE €.....     |
| <br>D) <input type="checkbox"/> ADOZIONE/FILIAZIONE     | <br>TOTALE €..... |
| <input type="checkbox"/> SUSSIDIO FUNERARIO             |                   |
| per: genitore/coniuge/figlio                            |                   |
| <i>(depennare la voce che non serve)</i>                | TOTALE €.....     |
| <input type="checkbox"/> INCENDIO                       | TOTALE €.....     |
| <input type="checkbox"/> FURTO                          | TOTALE €.....     |
| <input type="checkbox"/> ALTRO                          | TOTALE €.....     |

### AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE

Il presente modulo deve essere utilizzato per la richiesta di contributo assistenziale riguardante **una sola tipologia di evento** (spese mediche, cure dentarie, protesi oculistiche, sussidio funerario, ecc.)

## DICHIARA

(ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445)

**consapevole, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, delle responsabilità e sanzioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendone piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. n. 445/2000:**

che il familiare per cui viene presentata istanza di contributo è il seguente:

Cognome e nome .....

Luogo e data di nascita.....

Relazione di parentela .....

• **(In caso di domanda di contributo per il coniuge)**

che al momento dell'evento il coniuge ERA/NON ERA fiscalmente A CARICO del sottoscritto (*depenare la voce che non serve*);

• **(In caso di domanda di contributo per la/il figlia/o)**

che al momento dell'evento mia/o figlia/o ERA/NON ERA fiscalmente A CARICO del sottoscritto (*depenare la voce che non serve*)

• **(In caso di domanda di contributo per altro familiare)**

che al momento dell'evento esso ERA/NON ERA fiscalmente A CARICO del sottoscritto (*depenare la voce che non serve*)

• **(In caso di domanda di contributo per sussidio funerario)**

di ESSERE/NON ESSERE l'unico avente diritto al contributo (*depenare la voce che non serve*)

• che le fatture mediche presentate sono in originale e dichiara altresì di non averne chiesto rimborso ad altri Istituti (Enti o altre Assicurazioni).

• **(In caso di domanda di contributi di cui alle lettere B), C), D)**

di aver conseguito nell'anno di riferimento un reddito ISEE pari ad euro .....

### INOLTRE, DICHIARA

- di conoscere quanto previsto nella circolare vigente.
- Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 e s.m.i., di acconsentire il trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa pubblicata sul sito del Ministero del Turismo ai fini dell'istruttoria delle pratiche.

**N.B. La dichiarazione deve essere compilata nella sua interezza e accompagnata da un documento d'identità del dichiarante, a pena di improcedibilità della domanda.**

FIRMA

.....  
(firma leggibile)

L'Amministrazione si riserva di effettuare controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71, comma 1, D.P.R. 445/2000). In caso di dichiarazione falsa il richiedente sarà denunciato all'autorità giudiziaria.

**N.B.: SI INVITA A CONSERVARE FOTOCOPIA DELLA DOMANDA E RELATIVA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**