**DOMANDA DI SUSSIDIO ORDINARIO anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|\_| dipendente dell’INRiM **cell**.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|\_| erede del/della dipendente dell’INRiM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **cell**.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con contratto a (in riferimento al/alla dipendente)

 |\_| tempo indeterminato dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*se cessato servizio)

 |\_| tempo determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 presenta richiesta affinché gli/le venga concesso un SUSSIDIO ORDINARIO per far fronte all’aggravio del bilancio familiare determinato da:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| n. | *Sussidio ordinario - Tipologia dell’evento* | **Totale** |
| 0) |  *Spese sanitarie indicate nella dichiarazione dei redditi (*barrare la voce di interesse)*.*/\_\_/ *mod. 730 – quadro E,* /\_\_/ *mod. PF – quadro RP o equivalente**Gli importi richiesti sono:*  /\_\_/ già decurtati della franchigia /\_\_/ non decurtati della franchigia |  |
| 1) | Spese mediche sostenute per ricovero ospedaliero e/o casa di cura **se non indicate nella dichiarazione dei redditi.**  |  |
| 2) | Spese per intervento chirurgico, ambulatoriale e/o con ricovero **se non indicate nella dichiarazione dei redditi.**  |  |
| 3) | Spese per prestazioni mediche specialistiche ambulatoriali **se non indicate nella dichiarazione dei redditi** |  |
| 4) | Spese per acquisto di medicinali e presidi medico-chirurgici **se non indicate nella dichiarazione dei redditi** |  |
| 5) | Spese per iscrizione e frequenza figli ad asili nido  |  |
| 6) | Acquisto di libri scolastici per la frequenza a scuole di istruzione secondaria di ogni ordine e grado e università  |  |
| 7) | Spese per altri eventi dannosi, occasionali, imprevedibili e inevitabili, che incidano in misura superiore al 5% del reddito del nucleo familiare del dipendente |  |
|  | **TOTALE SPESE** |  |

Allega alla presente richiesta la seguente documentazione:

* dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (**modulo allegato B**) in cui, sotto la propria personale responsabilità, si attestano:
* il dettaglio delle informazioni pertinenti alla domanda e richieste nei punti da 1 a 5 del modulo B;
* il possesso degli originali di tutta la documentazione a supporto delle richieste di sussidio e che le copie prodotte sono conformi all’originale;
* l’effettivo sostenimento delle spese di cui si chiede il rimborso e l’anno in cui queste sono state sostenute;
* **di non aver beneficiato di analoghe erogazioni da parte di altri Enti, Istituzioni o Compagnie di Assicurazione.**
* dichiarazione sostitutiva di certificazione (**modulo allegato C**) in cui, sotto la propria personale responsabilità, si attesta la composizione del proprio nucleo familiare;
* copia della/e dichiarazione/i dei redditi **di tutti i componenti del nucleo familiare** e della documentazione necessaria a supporto della richiesta;
* copia del documento di identità in corso di validità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del/della richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Data)

Presa visione delle Informazioni sul trattamento dei dati personali a norma dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679, fornite dall’INRiM in ordine alla gestione, delle richieste di concessione e riconoscimento di benefici al personale (ex art. 59, D.P.R. n. 509/1979, art. 96 CCNL Istruzione e Ricerca del 19 aprile 2018 e Regolamenti vigenti in Istituto), il/la dipendente, ai sensi dell’art. 7 del citato Regolamento

presta il consenso □ nega il consenso □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del/della richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Data)