

**DOMANDA DI SUSSIDIO ORDINARIO per l'anno**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione** (ai fini della concessione dei benefici di natura assistenziale ex art. 59 del D.P.R. n. 509 del 16/10/1979) **resa ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.**

e

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i.**

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

Codice Fiscale

Residente a

prov.

Via/piazza/  
n.civico

dipendente dell'INRiM, e-mail

erede del/della dipendente dell'INRiM, e-mail

deceduto/a in data

con contratto a *(in riferimento al/alla dipendente)*

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

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

Sede di servizio:

consapevole della

**Responsabilità penale prevista dall'art. 76 del D.P.R. n. 45/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,**

**DICHIARA CHE:**

**(Barrare le voci di interesse)**

le spese sanitarie di cui chiede il rimborso **(punto 0 della successiva tabella "EVENTI")** sono **indicate** nella/le dichiarazione/i dei redditi (mod. 730, mod. PF) trasmessa/e all'Agenzia delle Entrate;

le spese sanitarie o per acquisto medicinali di cui chiede il rimborso **(punti da 1 a 4 della successiva tabella "EVENTI")** **non sono state indicate** nella/le dichiarazione/i dei redditi e sono documentate da copie conformi agli originali di ricevute fiscali, fatture, scontrini e prescrizioni mediche; tutti gli originali sono in proprio possesso;

le spese per l'iscrizione e la frequenza del/della/dei/delle proprio/a/i/e figlio/a/i/e  all'**asilo nido** di cui chiede il rimborso **(punto 5 della successiva tabella "EVENTI")** sono documentate da copie conformi agli originali di ricevute fiscali, scontrini o attestazioni di pagamento; tutti gli originali sono in proprio possesso;

le spese di acquisto di libri scolastici di cui chiede il rimborso **(punto 6 della successiva tabella "EVENTI")** si riferiscono alla frequenza dell'anno scolastico/accademico ,

presso  da parte di ,

sono comprovate da copie conformi agli originali di ricevute fiscali, fatture, scontrini e sono corredate da documentazione dalla quale si rileva la corrispondenza tra i libri prescritti e la scuola/università frequentata; tutti gli originali di tale documentazione sono in proprio possesso;

le spese per eventi dannosi, occasionali, imprevedibili e inevitabili di cui chiede il rimborso **(punto 7 della successiva tabella "EVENTI")** si riferiscono a:

,

causato da ,

sono comprovate da copie conformi agli originali di ricevute fiscali, fatture, scontrini e sono corredate da documentazione attestante il danno, l'imprevedibilità e l'inevitabilità della spesa sostenuta; tutti gli originali di tale documentazione sono in proprio possesso;

**tutte le spese richieste a rimborso sono state effettivamente sostenute nell'anno di riferimento di questa domanda;**

**è in possesso degli originali di tutta la documentazione a supporto della presente domanda di sussidio ordinario per l'anno di riferimento di questa domanda;**

**non ha beneficiato di analoghe erogazioni da parte di altri Enti, Istituzioni o Compagnie di assicurazione;**

il proprio nucleo familiare, riferito all'anno di competenza della presente domanda (a titolo di esempio: richiesta sussidio anno 2000 → nucleo familiare 2000), si compone di:

| Cognome e Nome | Data di nascita | Comune (o stato estero) di nascita | Appartenenza al nucleo in qualità di<br><small>(coniuge, figlio/a, convivente...)</small> | Convivenza superiore a due anni                         | A carico                                                |
|----------------|-----------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|                |                 |                                    |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
|                |                 |                                    |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
|                |                 |                                    |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
|                |                 |                                    |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
|                |                 |                                    |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
|                |                 |                                    |                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

**presenta richiesta** affinché gli/le venga concesso un SUSSIDIO ORDINARIO per far fronte all'aggravio del bilancio familiare determinato dalle voci indicate nella seguente "TABELLA EVENTI":

|    | EVENTI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Totale [euro]        |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 0) | <p>Spese sanitarie <b>indicate</b> nella dichiarazione dei redditi (<u>barrare le voci di interesse</u>):</p> <p><input type="checkbox"/> mod. 730 - quadro E                      <input type="checkbox"/> mod. PF - quadro RP o equivalente</p> <p>Gli importi richiesti sono:</p> <p><input type="checkbox"/> già decurtati della franchigia                      <input type="checkbox"/> non decurtati della franchigia</p> | <input type="text"/> |
| 1) | Spese mediche sostenute per ricovero ospedaliero e/o casa di cura <b>se non indicate nella dichiarazione dei redditi.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> |
| 2) | Spese per intervento chirurgico, ambulatoriale e/o con ricovero <b>se non indicate nella dichiarazione dei redditi.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="text"/> |
| 3) | Spese per prestazioni mediche specialistiche ambulatoriali <b>se non indicate nella dichiarazione dei redditi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> |
| 4) | Spese per acquisto di medicinali e presidi medico-chirurgici <b>se non indicate nella dichiarazione dei redditi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="text"/> |
| 5) | Spese per iscrizione e frequenza figli ad <b>asili nido</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> |
| 6) | Acquisto di <b>libri scolastici</b> per la frequenza a scuole di istruzione secondaria di ogni ordine e grado e università                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="text"/> |
| 7) | Spese per altri <b>eventi dannosi</b> , occasionali, imprevedibili e inevitabili, che incidano in misura superiore al 5% del reddito del nucleo familiare del dipendente                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="text"/> |

presenta copia del **Documento di identità**, in corso di validità: *(inserire il documento nei riquadri sottostanti)*

| <i>fronte</i>                            | <i>retro</i>                             |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| <i>Click tasto dx: aggiungi immagine</i> | <i>Click tasto dx: aggiungi immagine</i> |

**allega alla presente richiesta, copia della/e dichiarazione/i dei redditi di tutti i componenti del nucleo familiare e della documentazione necessaria a supporto della richiesta (scontrini, fatture, ricevute ecc...).**

ha preso visione delle Informazioni contenute nella Privacy Policy allegata al bando 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. 144 CCNL Istruzione e Ricerca del 18 gennaio 2024 e Regolamenti vigenti in Istituto) e presta consenso al trattamento dei dati personali.

**Data**

**Firma del/della richiedente**

\_\_\_\_\_

***[Unire alla presente domanda tutta la documentazione necessaria. Il file PDF deve essere unico]***