



**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). In particolare per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, è necessario compilare richieste distinte per ciascuna patologia e per soggetto assistito, allegando la necessaria documentazione e quant'altro espressamente richiesto dalla vigente circolare disponibile sul sito della CPA.

**DICHIARA**

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

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità, 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/convivente)**

- DI ESSERE separata/o o divorziata/o
- DI NON ESSERE separata/o o divorziata/o

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

che al momento dell'evento mia/o figlia/o

- ERA fiscalmente A CARICO del sottoscritto
- NON ERA fiscalmente A CARICO del sottoscritto

Per attestare il carico dei figli maggiorenni, si richiede iscrizione al corso di studio (copia tasse scolastiche/universitarie/di formazione professionale) o copia del Certificato Storico dell'Ufficio dell'Impiego.

Si precisa che un familiare è fiscalmente a carico quando non ha redditi propri di importo superiore complessivamente a € 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili, salvo modifiche di legge. Il suddetto limite è incrementato a € 4.000,00 in relazione ai soli figli di età non superiore a 24 anni.

• **(In caso di domanda di attività lavorativa contributo di cronicità per i familiari)**

- CHE SVOLGE attività lavorativa
- CHE NON SVOLGE attività lavorativa

• **(In caso di domanda presentata da superstite)**

- DI AVER contratto nuovo matrimonio
- DI NON AVER contratto nuovo matrimonio

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

- DI ESSERE l'unico avente diritto al contributo
- DI NON ESSERE l'unico avente diritto al contributo

**INOLTRE DICHIARA**

- di conoscere quanto previsto nella circolare vigente.
- che le fatture allegate alla presente istanza sono in originale e dichiara altresì di non avere chiesto rimborso ad altri Istituti (Comitato Sussidi o altre Assicurazioni) sulla base della stessa documentazione presentata a questa Cassa di Previdenza e Assistenza.
- di autorizzare il trattamento dei dati sensibili ai fini dell'istruttoria, in conformità al D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e s.m.i. e al Regolamento UE- GDPR n. 2016/679

**N.B. La domanda non sarà accolta in caso di dichiarazione non compilata nella sua interezza e non accompagnata da documento d'identità del dichiarante.**

FIRMA

.....  
(firma leggibile)

**PER INFORMAZIONI CONTATTARE LA/IL PROPRIA/O REFERENTE DALLE 10 ALLE 12:**

Lettere: <b>A - M - T</b>	<b>MESSINA FILIPPO</b>	TEL. 06/4412 6867	Mail: <a href="mailto:filippo.messina@mit.gov.it">filippo.messina@mit.gov.it</a>
Lettere: <b>B - I - L - Z</b>	<b>SALES MONICA</b>	TEL. 06/4412 6822	Mail: <a href="mailto:monica.sales@mit.gov.it">monica.sales@mit.gov.it</a>
Lettere: <b>D - F - H - J - K - P - R - V</b>	<b>NOTARIANNI KATIA</b>	TEL. 06/4412 6846	Mail: <a href="mailto:katia.notarianni@mit.gov.it">katia.notarianni@mit.gov.it</a>
Lettere: <b>C - E - G - N - O - Q - S - U</b>	<b>RUGGIANO CRISTINA</b>	TEL. 06/4412 6886	Mail: <a href="mailto:cristina.ruggiano@mit.gov.it">cristina.ruggiano@mit.gov.it</a>
<b>P. OCULISTICHE</b> dalla lettera A alla Z	<b>PALAZZO PASQUALINA</b>	TEL. 06/4412 6815	Mail: <a href="mailto:pasqualina.palazzo@mit.gov.it">pasqualina.palazzo@mit.gov.it</a>
<b>SUSSIDI FUNERARI</b> dalla A alla Z	<b>MESSINA FILIPPO</b>	TEL. 06/4412 6867	Mail: <a href="mailto:filippo.messina@mit.gov.it">filippo.messina@mit.gov.it</a>