

Alla CASSA di PREVIDENZA e ASSISTENZA
 tra i dipendenti del Ministero Delle Infrastrutture e Dei Trasporti
 Via G. Caraci, 36 – 00157 ROMA C.F. 02659820589-P.I. 01097711004
 www.cassaprevidenza-mit.it
 pec:cpa-mit@pec.mit.gov.it mail: segreteria.cpa@mit.gov.it

RICHIESTA CONTRIBUTO ASSISTENZIALE

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

La/Il sottoscritta/o.....
 Nata/o ila..... (.....)
 Residente in (.....) – C.A.P.....
 Via/P.zza.....n°.....tel.....
 e-mail.....

CODICE FISCALE

in servizio pressotel uff.....

in pensione.....

superstite di.....

cessato dal servizio (N.B. la data di cessazione non può essere superiore a 60 gg. dalla data della presente richiesta di contributo assistenziale) in data

Titolare del seguente conto corrente

CODICE IBAN

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

CHIEDE

Un contributo assistenziale per:

se stesso il coniuge/convivente il/la figlio/a

.....

Relativo a :

SPESE MEDICHE TOTALE €.....

CURE DENTARIE TOTALE €.....

PROTESI ACUSTICHE TOTALE €.....

PROTESI OCULISTICHE TOTALE €.....

DEGENZA – DH a carico del S.S.N.

CRONICITA' PER L'ANNO

SUSSIDIO FUNERARIO per:

INCENDIO TOTALE €.....

FURTO 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). 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)