

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)**

di ESSERE/NON ESSERE separata/o o divorziata/o (depennare 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 (depennare la voce che non serve)

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.

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

che il coniuge SVOLGE/NON SVOLGE attività lavorativa (depennare la voce che non serve)

che il/la proprio/a figlio/a SVOLGE/NON SVOLGE attività lavorativa (depennare la voce che non serve)

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

di AVER/NON AVER contratto nuovo matrimonio (depennare la voce che non serve)

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

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

• **Che le fatture mediche presentate alla Cassa di Previdenza ed Assistenza sono in originale e dichiara altresì di non averne chiesto rimborso ad altri Istituti (Comitato Sussidi o altre Assicurazioni).**

INOLTRE DICHIARA

- Di conoscere quanto previsto nella circolare vigente.
- Al fine della tutela della privacy legge 675 del 31/12/96 e successive modificazioni, di autorizzare la trattazione dei dati sensibili ai fini dell'istruttoria delle pratiche.

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:

Lettere: A - M - T	MESSINA FILIPPO	TEL. 06/4158 3367	Mail: filippo.messina@mit.gov.it
Lettere: B - I - L - Z	PIZZOFERRATO MAURA	TEL. 06/4158 3322	Mail: maura.pizzoferrato@mit.gov.it
Lettere: D - F - H - J - K - P - R - V	ROCCO VALERIA	TEL. 06/4158 3361	Mail: valeria.rocco@mit.gov.it
Lettere: C - E - G - N - O - Q - S - U	RUGGIANO CRISTINA	TEL. 06/4158 3386	Mail: cristina.ruggiano@mit.gov.it
P. OCULISTICHE dalla lettera A alla Z	PALAZZO PASQUALINA	TBL. 06/4158 3315	Mail: pasqualina.palazzo@mit.gov.it
SUSSIDI FUNERARI dalla A alla Z	MESSINA FILIPPO	TEL. 06/4158 3367	Mail: filippo.messina@mit.gov.it
PICCOLI PRESTITI	SPIRIDIGLIOZZI CRISTINA	TEL. 06/4158 3344	Mail: c.spiridigliozzi@mit.gov.it
PER INTEGRAZIONI		FAX. 06/41 58 2901	

N.B.: SI INVITA A CONSERVARE FOTOCOPIA DELLA DOMANDA E RELATIVI ALLEGATI