

MODELLO DI DOMANDA PER SUSSIDI AL PERSONALE

Direzione Risorse Umane
Ufficio Amministrazione, Previdenza e Gest. Iniz. di Welfare
SEDE CENTRALE

ALLEGATO N° 1

DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE
(Compilare e barrare le caselle)

cognome e nome

luogo e data di nascita data assunzione n° matricola

celibe/nubile coniugato/a conv. more uxorio vedovo/a separato/a divorziato/a

in servizio presso tel.uff.

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR n° 445/2000, rivolge istanza di sussidio di cui all'art. 27 delle Code Contrattuali del 14.2.2001 per l'evento di seguito specificato:

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE
(Compilare e barrare le caselle)

Il/La sottoscritt
cognome e nome luogo e data di nascita

consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

- per sé e per i componenti il nucleo familiare non ha richiesto né richiederà altro sussidio/rimborso per il medesimo evento
- in caso di richiesta di sussidio per figli (conviventi) o altri familiari (conviventi) gli stessi non hanno reddito superiore all'importo della pensione sociale INPS

Data Firma del richiedente

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL RICHIEDENTE IN RELAZIONE ALLA POLIZZA SANITARIA
(*Compilare e barrare le caselle*)

Il/La sottoscritt

cognome e nome

luogo e data di nascita

A TITOLO INFORMATIVO DICHIARA

- SI NO ha attivato per se stesso e per i familiari fiscalmente a carico la polizza sanitaria integrativa
- SI NO ha attivato per i familiari fiscalmente non a carico la polizza sanitaria base
- SI NO ha attivato per i familiari fiscalmente non a carico la polizza sanitaria integrativa

consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

- Previo contatto telefonico con l'help desk ha appurato che l'evento per il quale richiede sussidio non rientra tra quelli ricompresi dalla polizza sanitaria

Data

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DEL CONIUGE E/O DEL CONVIVENTE MORE UXORIC
(*Compilare e barrare le caselle*)

Il/La sottoscritt

cognome e nome

luogo e data di nascita

consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false,

DICHIARA sotto la propria responsabilità che:

- per sé e per i componenti il nucleo familiare non ha richiesto né richiederà alcun sussidio/rimborso per il medesimo evento
- non è dipendente ACI

Data

Firma

N.B.: Resta ferma la possibilità dell'Amministrazione di sottoporre a verifica le notizie indicate nel presente modello di domanda