

ALL'ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI,
PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE
DIREZIONE GENERALE DEL PERSONALE E
RIFORMA DELLA REGIONE
SERVIZIO PREVIDENZA
SETTORE PREVIDENZA INTEGRATIVA
VIALE TRIESTE 190
09123 CAGLIARI
personale@pec.regione.sardegna.it

OGGETTO: RICHIESTA ANTICIPAZIONE I.F.R. E T.F.R. PER SPESE RELATIVE ALL'ISTRUZIONE UNIVERSITARIA E POST UNIVERSITARIA PER I FIGLI DEL DIPENDENTE (Art. 11 L.R. 27 del 22/12/2011)

COGNOME	NOME	MATR.
NAT IL <i>gg mm aaaa</i> / / A	<i>città</i>	PROV.
RESIDENTE IN	<i>città</i>	PROV.
INDIRIZZO	<i>indirizzo</i>	N. CAP
DIPENDENTE RAS DAL <i>gg mm aaaa</i> / /	IN SERVIZIO PRESSO	
ISCRITTO AL FITQ DAL / /	ISCRITTO I.N.P.S. (ex I.N.P.D.A.P.)	
TELEFONO UFFICIO	TEL. CELL.	TEL. ABIT.
INDIRIZZO MAIL <i>istituzionale</i>	INDIRIZZO MAIL <i>personale</i>	
CODICE FISCALE		

CHIEDE

l'anticipazione dell'Indennità di Fine Rapporto/Trattamento di Fine Rapporto per:

- ☐ spese universitarie
- ☐ spese post universitarie
- ☐ per l'ammontare di euro , .
- ☐ nella misura massima consentita.

Dati anagrafici dei figli:

COGNOME	NOME
<i>gg mm aaaa</i>	<i>città</i>
NAT IL / / A	PROV.
	<i>città</i>

RESIDENTE IN		PROV.
	<i>indirizzo</i>	
INDIRIZZO		N. CAP
COGNOME		NOME
<i>gg mm aaaa</i>	<i>città</i>	
NAT IL / / A	<i>città</i>	PROV.
RESIDENTE IN		PROV.
	<i>indirizzo</i>	
INDIRIZZO		N. CAP
COGNOME		NOME
<i>gg mm aaaa</i>	<i>città</i>	
NAT IL / / A	<i>città</i>	PROV.
RESIDENTE IN		PROV.
	<i>indirizzo</i>	
INDIRIZZO		N. CAP

Chiede infine che l'accreditamento dell'anticipazione avvenga presso¹:

<i>istituto di credito</i>	ABI	CAB	N. CC
IBAN			
<i>città</i>	<i>gg mm aaaa</i>		
Luogo e data	/ /		

Il richiedente

¹ L'accreditamento può avvenire esclusivamente sul c/c del dipendente richiedente.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 43, 46, 47, 48, 71, 73, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

- 1) di conoscere ed accettare tutte le disposizioni e i vincoli contenuti nella circolare esplicativa n.P. 41/47071 del 12 dicembre 2022.
- 2) ☐ di non avere vincoli, a qualsiasi titolo, sull'I.F.R. o sul T.F.R.
- 3) ☐ di avere vincoli, a qualsiasi titolo, sull'I.F.R. o sul T.F.R. a favore del _____ per un importo pari a € _____, con scadenza il ____ / ____ / ____ ;
- 4) ☐ di allegare alla presente richiesta in caso di vincoli, a qualsiasi titolo, sull'I.F.R. o sul T.F.R., la richiesta di nullaosta presentata all'ente/società creditrice² o l'attestazione di svincolo con specificata la somma da svincolare.
- 5) ☐ che per le stesse spese universitarie o post-universitarie non è stata presentata richiesta da altro dipendente iscritto al Fondo legato da vincoli di matrimonio, convivenza di fatto o parentela.
- 6) di impegnarsi a trasmettere le fatture/ricevute, con la relativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante l'autenticità (Mod. Allegato Cod. "ANT/ALL/10/2023"), entro e non oltre trenta giorni dalla data di emissione.
- 7) di impegnarsi a presentare, anche in caso di cessazione dal servizio, pena la decadenza del beneficio ed il recupero, in un'unica soluzione, della somma erogata con aggravamento degli interessi legali, entro il termine massimo di 60 giorni dalla data di chiusura dell'ultimo anno accademico previsto dal corso di studi per il quale è stata richiesta, tutte le fatture/ricevute giustificative che comprovino l'avvenuto utilizzo della somma erogata.
- 8) di impegnarsi, nell'ipotesi che le spese universitarie o post universitarie non vadano a buon fine, a darne immediata comunicazione al F.I.T.Q. e a rendere in un'unica soluzione l'intera somma erogata comprensiva degli interessi legali.
- 9) di impegnarsi a comunicare, tempestivamente, al F.I.T.Q. eventuali variazioni dei dati forniti nella presente richiesta.
- 10) che le notizie fornite ed i documenti allegati rispondono a verità, consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false, nonché dei controlli cui l'Amministrazione è tenuta ad effettuare al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese.
- 11) che il reddito del nucleo familiare (dati reddituali modello I.S.E.E.) è pari a € _____, _____.

Luogo e data _____ città _____ gg _____ mm _____ aaaa
/ /

Il dichiarante

² In caso di vincoli, è obbligatorio allegare alla presente, pena l'esclusione, la su richiamata richiesta di svincolo e, successivamente, inviare all'Ufficio il nullaosta rilasciato dall'ente/società creditrice.

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Cognome

Nome

Io sottoscritt

città

gg mm aaaa

nat a

il / /

- a) consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 76 e 75;
- b) informato/a che i dati forniti verranno utilizzati secondo quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 e dal GDPR – Regolamento UE 2016/679

DICHIARO

città

che il mio nucleo familiare residente in

indirizzo

indirizzo

n. è così composto:

nr.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA gg mm aaaa	RAPPORTO DI PARENTELA	A CARICO
1			/ /		
2			/ /		
3			/ /		
4			/ /		
5			/ /		
6			/ /		
7			/ /		
8			/ /		

città

gg mm aaaa

Luogo e data

/ /

Il dichiarante

La dichiarazione ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 è presentata unitamente a copia del documento d'identità (**specificare il tipo di documento**) del:

dipendente

<input type="checkbox"/> Carta d'identità n.	rilasciata dal comune di	<i>gg mm aaaa</i>
		scad. / /
<input type="checkbox"/> Patente n.	rilasciata da	<i>gg mm aaaa</i>
		scad. / /

coniuge e/o figlio/a destinatari della spesa sanitaria

<input type="checkbox"/> Carta d'identità n.	rilasciata dal comune di	<i>gg mm aaaa</i>
		scad. / /
<input type="checkbox"/> Patente n.	rilasciata da	<i>gg mm aaaa</i>
		scad. / /
<input type="checkbox"/> Carta d'identità n.	rilasciata dal comune di	<i>gg mm aaaa</i>
		scad. / /
<input type="checkbox"/> Patente n.	rilasciata da	<i>gg mm aaaa</i>
		scad. / /

A tal fine si allegano i documenti sotto elencati:

- | | |
|-----|-----|
| 1) | 11) |
| 2) | 12) |
| 3) | 13) |
| 4) | 14) |
| 5) | 15) |
| 6) | 16) |
| 7) | 17) |
| 8) | 18) |
| 9) | 19) |
| 10) | 20) |

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR – Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il trattamento dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto

<i>città</i>	<i>gg mm aaaa</i>
Luogo e data	/ /

Firma