

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: **RICHIEDA ANTICIPAZIONE I.F.R. E T.F.R. PER SPESE SANITARIE PER IL DIPENDENTE, IL CONIUGE, IL CONVIVENTE DI FATTO<sup>1</sup> E I FIGLI (Art. 11 L.R. 27 del 22/12/2011)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ MATR. \_\_\_\_\_  
NAT IL *gg mm aaaa* / / A *città* PROV. \_\_\_\_\_  
RESIDENTE IN *città* PROV. \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO *indirizzo* N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
DIPENDENTE RAS DAL *gg mm aaaa* / / 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 *istituzionale* \_\_\_\_\_ INDIRIZZO MAIL *personale* \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

- ☐ spese sanitarie per il dipendente  
☐ spese sanitarie per il coniuge  
☐ spese sanitarie per i figli
- ☐ per l'ammontare di euro \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ .  
☐ nella misura massima consentita.

**Dati anagrafici del coniuge o dei figli destinatari delle spese sanitarie:**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **Ai sensi della legge 76 del 20 maggio 2016, art. 1, comma 36 e 37: (Art. 36.** Ai fini delle disposizioni di cui ai commi da 37 a 67 si intendono per «conviventi di fatto» due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile. **Art. 37.** Ferma restando la sussistenza dei presupposti di cui al comma 36, **per l'accertamento della stabile convivenza si fa riferimento alla dichiarazione anagrafica** di cui all'articolo 4 e alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 13 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223).

	<i>gg</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>		<i>città</i>	
NAT	IL	/	/	A		PROV.
RESIDENTE IN					<i>città</i>	PROV.
INDIRIZZO					<i>indirizzo</i>	
COGNOME						N. CAP
	<i>gg</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>		<i>città</i>	
NAT	IL	/	/	A		PROV.
RESIDENTE IN					<i>città</i>	PROV.
INDIRIZZO					<i>indirizzo</i>	
						N. CAP
<b>Dati anagrafici accompagnatore/rice:</b>						
COGNOME						NOME
	<i>gg</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>		<i>città</i>	
NAT	IL	/	/	A		PROV.
RESIDENTE IN					<i>città</i>	PROV.
INDIRIZZO					<i>indirizzo</i>	
						N. CAP

**Chiede infine che l'accreditamento dell'anticipazione avvenga presso<sup>2</sup>:**

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

**Il richiedente**

<sup>2</sup> 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., il nullaosta, dell'ente/società creditrice, all'erogazione dell'anticipazione di fine rapporto<sup>3</sup>, con specificato l'importo svincolato.
- 5) che per le stesse spese sanitarie non è stata presentata richiesta da altro dipendente iscritto al Fondo legato da vincoli di matrimonio, convivenza di fatto o parentela.
- 6) ☐ di aver usufruito in precedenza di un'anticipazione sulla liquidazione per la seguente motivazione:
- 7) di impegnarsi a trasmettere le fatture/ricevute, con la relativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante l'autenticità (**Mod. Allegato Cod. "ANT/ALL/01/2023"**), entro e non oltre trenta giorni dalla data di emissione.
- 8) 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 due anni** dalla data di concessione dell'anticipazione (farà fede la data di accreditamento in banca della somma erogata), tutte le fatture/ricevute giustificative che comprovino l'avvenuto utilizzo della somma erogata.
- 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.

Luogo e data città gg mm aaaa

Il dichiarante

3 In caso di vincoli, a qualsiasi titolo, sull'I.F.R. o sul T.F.R., è obbligatorio allegare alla presente richiesta, pena l'esclusione, il nullaosta dell'ente/società creditrice con specificata la somma svincolata.

# 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