

**AL SERVIZIO PREVIDENZA E ASSISTENZA E FITQ  
SETTORE PREVIDENZA INTEGRATIVA  
VIALE TRIESTE 190  
09123 CAGLIARI**

**OGGETTO: RICHIESTA ANTICIPAZIONE I.F.R. PER SPESE SANITARIE PER IL DIPENDENTE, IL CONIUGE E I FIGLI A CARICO (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.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 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 \_\_\_\_\_

*gg mm aaaa* / / A \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

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
<b>Dati anagrafici accompagnatore/rice:</b>			
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 presso<sup>1</sup>:**

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

**Il richiedente**

---

<sup>1</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. 16689 del 7 luglio 2015.
- 2) che i familiari per cui chiede l'anticipazione sono economicamente a suo carico<sup>2</sup>.
- 3) che per le stesse spese sanitarie non è stata presentata richiesta da altro dipendente legato da vincoli di matrimonio o parentela.
- 4) di impegnarsi a documentare l'avvenuta utilizzazione dell'anticipazione entro il termine di due anni dalla concessione, pena la revoca del provvedimento e la restituzione in un'unica soluzione della somma erogata comprensiva degli interessi legali.
- 5) ☐ di aver usufruito in precedenza di un'anticipazione sulla liquidazione per la seguente motivazione:
- 6) 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.

*città*                      *gg*    *mm*    *aaaa*

Luoqo e data                      /         /

Il dichiarante

**2 Sono considerati a carico i figli e il coniuge non legalmente ed effettivamente separato, purché conviventi e con un reddito annuale non superiore a euro 2.840,51.**

# 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 DPR 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 Dlgs. 196/2003

## 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) |

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

Firma