

**ALL'ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI,
PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE
DIREZIONE GENERALE DELL'ORGANIZZAZIONE
E DEL PERSONALE
SERVIZIO AMMINISTRAZIONE
VIALE TRIESTE 190
09123 CAGLIARI**

OGGETTO: RICHIESTA ANTICIPAZIONE I.F.R. E T.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 *gg mm aaaa* *città* _____ PROV. _____
 IL / / A
 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 _____
 NAT *gg mm aaaa* *città* _____ PROV. _____
 IL / / A
 RESIDENTE IN *città* _____ PROV. _____
 INDIRIZZO *indirizzo* _____

INDIRIZZO		N.	CAP
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
Dati anagrafici accompagnatore/rice:			
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

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. 34286 del 10 ottobre 2019.
- 2) **di non avere vincoli, a qualsiasi titolo, sull'I.F.R. o sul T.F.R..**
- 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

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