

**AL SERVIZIO PREVIDENZA E ASSISTENZA E FITQ  
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 \_\_\_\_\_  
 TELEFONO UFFICIO \_\_\_\_\_ TEL. CELL. \_\_\_\_\_ TEL. ABIT. \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO MAIL \_\_\_\_\_

**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 IL *gg* / *mm* / *aaaa* A \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

NOME

*città*

PROV.

città

PROV.

indirizzo

INDIRIZZO

N.

CAP

**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. 5/1 del 22 maggio 2013.
- 2) che i familiari per cui chiede l'anticipazione sono economicamente a suo carico<sup>1</sup>.
- 3) che per le spese sanitarie non è stata presentata richiesta da altro dipendente legato da vincoli di matrimonio, convivenza 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) 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

qq mm aaaa

Luogo e data

/ /

Il dichiarante

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

istituto di credito

ABI

CAB

N. CC

IBAN

città

*gg mm aaaa*

Luogo e data

/ /

## Il richiedente

**1 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.**

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

# 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<br>gg mm aaaa | RAPPORTO DI PARENTELA | A CARICO |
|-----|----------------|------------------|-------------------------------|-----------------------|----------|
| 1   |                |                  | / /                           |                       |          |
| 2   |                |                  | / /                           |                       |          |
| 3   |                |                  | / /                           |                       |          |
| 4   |                |                  | / /                           |                       |          |
| 5   |                |                  | / /                           |                       |          |
| 6   |                |                  | / /                           |                       |          |
| 7   |                |                  | / /                           |                       |          |
| 8   |                |                  | / /                           |                       |          |

Il dichiarante

*città*

*gg mm aaaa*

Luogo e data

/ /

**Allegato "B"**

Oggetto: Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

*Cognome**Nome*

Io sottoscritt

*città**gg mm aaaa*

nat a

il / /

*città*

residente in

Prov.

*indirizzo*

indirizzo

n.

CAP

- 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**

Che la copia delle fatture o ricevute sottoelencate sono conformi all'originale e che sono tutte regolarmente quietanzate

| FATTURE/ RICEVUTE |                           |           | IMPORTO<br>(€) | DATA<br>QUIETANZA<br><i>gg mm aaaa</i> |
|-------------------|---------------------------|-----------|----------------|--|
| N.                | DATA<br><i>gg mm aaaa</i> | FORNITORE |                |  |
| 1                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 2                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 3                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 4                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 5                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 6                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 7                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 8                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 9                 | / /                       |           | ,              | / /                                    |
| 10                | / /                       |           | ,              | / /                                    |

Il dichiarante

*città**gg mm aaaa*

Luogo e data

/ /

