

**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 _____

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			/ /		

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 (€)	DATA QUIETANZA <i>gg mm aaaa</i>
N.	DATA <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

/ /

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

Carta d'identità n. _____ rilasciata dal comune di _____ gg mm aaaa
scad. / /

Patente n. _____ rilasciata da _____ gg mm aaaa
scad. / /

coniuge o del figlio/a destinatari della spesa sanitaria

Carta d'identità n. _____ rilasciata dal comune di _____ gg mm aaaa
scad. / /

Patente n. _____ rilasciata da _____ gg mm aaaa
scad. / /

Carta d'identità n. _____ rilasciata dal comune di _____ scad. / /

Patente n. _____ rilasciata da _____ gg mm aaaa
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) |

Luogo e data *città* *gg mm aaaa*
/ /

Firma