

**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 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 N. CAP

COGNOME NOME

gg mm aaaa città
NAT IL / / A PROV.
città

RESIDENTE IN PROV.

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 carico¹.
- 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 gg mm aaaa
Luogo e data / /

Il dichiarante

Chiede infine che l'accredito dell'anticipazione avvenga presso²:

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'accredito può avvenire esclusivamente sul c/c del dipendente richiedente.

Allegato "B"

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

Cognome *Nome*

lo sottoscritt

città *gg mm aaaa*

nat a il / /

città

residente in Prov.

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 scad. / / gg mm aaaa

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

coniuge o del figlio/a destinatari della spesa sanitaria

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

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

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

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

A tal fine si allegano i documenti sotto elencati:

- | | | | |
|-----|----------------------|-----|----------------------|
| 1) | <input type="text"/> | 11) | <input type="text"/> |
| 2) | <input type="text"/> | 12) | <input type="text"/> |
| 3) | <input type="text"/> | 13) | <input type="text"/> |
| 4) | <input type="text"/> | 14) | <input type="text"/> |
| 5) | <input type="text"/> | 15) | <input type="text"/> |
| 6) | <input type="text"/> | 16) | <input type="text"/> |
| 7) | <input type="text"/> | 17) | <input type="text"/> |
| 8) | <input type="text"/> | 18) | <input type="text"/> |
| 9) | <input type="text"/> | 19) | <input type="text"/> |
| 10) | <input type="text"/> | 20) | <input type="text"/> |

Luogo e data città / / gg mm aaaa

Firma