

**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'accreditamento 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'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)

lo sottoscritt

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

che il mio nucleo familiare residente in

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

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 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. / /

☐ 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