



**DOMANDA PER L'EROGAZIONE
DI SUSSIDI E BENEFICI ECONOMICI A FAVORE DEL PERSONALE
(per ciascuna tipologia di spesa, riferita sia a sussidi che a benefits,
va indicato ogni singolo documento fiscale, il codice fiscale a cui si
riferisce la spesa ed il relativo singolo importo))**

Bando per gli "Interventi a Favore del Personale – Welfare di Ateneo" – anno 2021

La/il sottoscritta/o _____

CHIEDE

l'erogazione del sussidio e/o benefits economico per le spese sostenute per sé medesima/o e/o per le/i familiari a carico, nell'anno 2021 per un totale di € _____ relativo alla/e seguente/i fattispecie:

- **Sussidio ai sensi dell'art. 2 comma 3 lett. a) del Regolamento – DECESSO** del coniuge, del convivente *more uxorio* la cui convivenza risulti da certificazione anagrafica al momento del decesso, del discendente o ascendente di primo grado del dipendente o per decesso di altro componente del nucleo familiare del dipendente come da stato di famiglia al momento del decesso o da altra idonea documentazione.
-

Indicare cognome e nome della/l familiare deceduta/o:

Relazione di parentela con la/il richiedente:

Importo di spesa € _____

- **Sussidio ai sensi dell'art. 2 comma 3 lett. b) del Regolamento – DECESSO DIPENDENTE**

Indicare cognome e nome della/l dipendete deceduta/o:

Importo richiesto € _____

- **Sussidio ai sensi dell'art. 2 comma 3 lett. c) del Regolamento – PERDITA DI LAVORO DEL CONIUGE O DEL CONVIVENTE *MORE UXORIO* nell'anno di riferimento del presente bando**, la cui convivenza con il dipendente risulti da certificazione anagrafica al momento del verificarsi dell'evento.

Indicare cognome e nome della/l coniuge o della/l convivente more uxorio che ha perso il lavoro _____

Indicare decorrenza dell'ultimo impiego svolto, dal ___/___/___ al ___/___/___, cause di risoluzione del rapporto di lavoro o di cessazione del lavoro autonomo, _____

_____, servizio competente (Centro dell'Impiego) presso il quale la dichiarazione è riscontrabile

_____ Il numero di iscrizione. _____

Importo richiesto € _____

- **Sussidio ai sensi dell'art. 2 comma 3 lett. d) del Regolamento – DIPENDENTE SENZA STIPENDIO A CAUSA DI PERIODO PROLUNGATO DI MALATTIA PROPRIA** o di altro componente del nucleo familiare come risultante dalla dichiarazione ISEE.

Indicare cognome e nome della/l richiedente o della/l familiare malata/o:

Indicare numero di mesi senza assegni _____

Posizione economica ricoperta _____

Importo richiesto € _____

- **Sussidio ai sensi dell'art. 2 comma 3 lett. e) del Regolamento – MALATTIE DI PARTICOLARI GRAVITA'**, croniche o invalidanti con necessità di assistenza e cura non coperte da contribuzione sanitaria, occorse al dipendente o a componenti del nucleo familiare del dipendente, compresi il convivente more uxorio, i figli, i genitori ed altri familiari conviventi, fiscalmente a carico del richiedente

Indicare cognome e nome della/l richiedente o della/l familiare malata/o:

Indicare numero di mesi senza assegni _____

posizione economica ricoperta _____

Importo di spesa € _____

- **Sussidio ai sensi dell'art. 2 comma 3 lett. f) del Regolamento – PRESENZA NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE DI PERSONE DIVERSAMENTE ABILI**, con disabilità e/o handicap, certificati dall'INPS.

Indicare nome e cognome della/del familiare disabile

Importo richiesto € _____

- **Benefits ai sensi dell'art. 2 comma 5 lett. a) del Regolamento – SPESE DI ABBONAMENTO DI TRASPORTO PUBBLICO URBANO ED EXTRAURBANO** sostenute dal dipendente per recarsi sul luogo di lavoro e/o **SPESE DI ALLOGGIO** sostenute dal dipendente con residenza oltre 200 chilometri dal luogo di lavoro

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE	IMPORTO
TOTALE		

NUMERO ABBONAMENTO _____

NUMERO TESSERA PERSONALE _____

Somma portata in detrazione su 730 _____

- **Benefits ai sensi dell'art. 2 comma 5 lett. b) del Regolamento – SPESE MEDICHE PER RICOVERO, CURA E DI TIPO SPECIALISTICO.** Spese mediche per ricovero, cura e di tipo specialistico, compreso l'acquisto di parafarmaci, sostenute dal dipendente o dai componenti del nucleo familiare del dipendente, compresi il convivente more uxorio, i figli, i genitori ed altri familiari conviventi, fiscalmente a carico del richiedente; si precisa che sono escluse dal rimborso le spese veterinarie.

DITTA FORNITRICE	CODICE FISCALE BENEFICIARIO (dipendente, figlio/a, coniuge, ecc.)	Numero scontrino/ricevuta/fattura e data	IMPORTO totale scontrino/ricevuta/fattura
TOTALE			

Somma portata in detrazione su 730 esclusivamente riferita a servizi di assistenza a familiari anziani o non autosufficienti indicati nell' art. 12 del TUIR _____

- **Benefits ai sensi dell'art. 2 comma 5 lett. c) del Regolamento – SPESE PER ACQUISTO DI LIBRI E MATERIALE DIDATTICO** del dipendente e/o dei propri figli finalizzate al percorso formativo ed auto-formativo.

DITTA FORNITRICE	CODICE FISCALE BENEFICIARIO	Numero scontrino/ricevuta/fattura e data	IMPORTO totale scontrino/ricevuta/fattura
TOTALE			

- **Benefits ai sensi dell'art. 2 comma 5 lett. d) del Regolamento – SPESE PER ASILI NIDO E MATERNA E PER L'ISTRUZIONE SCOLASTICA DEL DIPENDENTE E DEI FIGLI** (rette e iscrizioni alla scuola primaria, secondaria di primo grado, secondaria di secondo grado e all'università).

•

DITTA FORNITRICE	CODICE FISCALE BENEFICIARIO	Numero scontrino/ricevuta/fattura e data	IMPORTO totale scontrino/ricevuta/fattura
TOTALE			

Eventuali importo portato in detrazione su 730 _____

Eventuali bonus di cui si è usufruito _____

- **Benefits ai sensi dell'art. 2 comma 5 lett. e) del Regolamento – SPESE PER FRUIZIONE DI MENSE SCOLASTICHE E COLONIE CLIMATICHE**

DITTA FORNITRICE	CODICE FISCALE BENEFICIARIO (dipendente, figlio/a, coniuge, ecc.)	Numero scontrino/ricevuta/fattura e data	IMPORTO totale scontrino/ricevuta/fattura
TOTALE			

Eventuali importo portato in detrazione su 730 _____

Eventuali bonus di cui si è usufruito _____

- **Benefits ai sensi dell'art. 2 comma 5 lett. f) del Regolamento – SPESE PER POLIZZE DI PREVIDENZA INTEGRATIVA**

DITTA FORNITRICE	CODICE FISCALE BENEFICIARIO	IMPORTO totale scontrino/ricevuta/fattura

DIV2TAB/EF/SINDORGFOR/

DIVISIONE 2 – PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO E BIBLIOTECHE -
SETTORE RELAZIONI SINDACALI, ORGANIZZAZIONE, SVILUPPO E
FORMAZIONE - Via dei Vestini,31 - 66100 CHIETI ITALY
Tel.: 0871/3556757 E-mail: relazioni.sindacali@unich.it
Pec: ateneo@pec.unich.it Sito web : http://www.unich.it

DITTA FORNITRICE	CODICE FISCALE BENEFICIARIO (dipendente, figlio/a, coniuge, ecc)	TIPOLOGIA DI SPESA	Numero scontrino/ricevuta/fattura e data	IMPORTO totale scontrino/ricevuta/fattura
TOTALE				

LO SCRIVENTE PRENDE ATTO CHE I BENEFITS DI CUI SOPRA SARANNO ELARGITI A SEGUITO DELLA ESIBIZIONE DI DOCUMENTO FISCALE/CONTABILE INTESTATO DIRETTAMENTE AL DIPENDENTE O AD ALTRA PERSONA COMUNQUE FISCALMENTE A SUO CARICO, IN DIPENDENTEMENTE DAL FATTO CHE LA PROVVISATA ECONOMICA PROVENGA ANCHE DA UN CONTO CORRENTE COINTESTATO

A tal fine, ai sensi e per gli effetti delle disposizioni contenute negli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- Di essere nato a _____ (Prov.) _____
- il _____
- Stato civile _____
- Codice Fiscale: _____

• di essere residente a _____

• c.a.p. _____ Prov. _____

Via _____

(recapiti telefonici cellulare / ufficio)

di essere in servizio presso questa Università con matricola n°

• nel caso di decesso del dipendente, relazione di parentela con la/il defunto/a

• Struttura/Servizio di afferenza _____

• che il n° di protocollo della DSU è _____ con valore dell'attestazione ISEE (ordinario / corrente / minorenni) in corso di validità pari a € _____

• che nel caso di presenza nel proprio nucleo familiare di persone diversamente abili, con disabilità e/o handicap, si allega relativa certificazione dall'INPS

• che le spese non sono state oggetto di altri sussidi o rimborsi

• che le persone fiscalmente a carico sono:

NOMINATIVO	CODICE FISCALE	Percentuale fiscalmente a carico

La/il sottoscritto si impegna - qualora la dichiarazione dei redditi 2022 (anno di riferimento 2021) sia compilata successivamente alla presentazione della presente domanda - ad inviare **entro e non oltre il 30 novembre 2022** all'indirizzo di posta elettronica

DIV2TAB/EF/SINDORGFOR/

DIVISIONE 2 – PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO E BIBLIOTECHE -
SETTORE RELAZIONI SINDACALI, ORGANIZZAZIONE, SVILUPPO E
FORMAZIONE - Via dei Vestini,31 - 66100 CHIETI ITALY
Tel.: 0871/3556757 E-mail: relazioni.sindacali@unich.it
Pec: ateneo@pec.unich.it Sito web : http://www.unich.it

ateneo@pec.unich.it il frontespizio del 730/Modello redditi nel quale sono indicati i familiari fiscalmente a carico.

La/il sottoscritta/o è consapevole che:

- si opera l'esclusione permanente dai benefici del presente Regolamento in caso di dichiarazioni mendaci;
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt.71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
- l'importo, eventualmente già erogato, sarà recuperato attraverso addebito stipendiale sulle retribuzioni successive alla comunicazione di esito negativo dell'accertamento.

Eventuali note: _____

Il trattamento dei dati personali avviene in conformità al D.Lgs. 196/2003, al UE 2016/679 e D. Lgs 10 agosto 2018, n. 101.

I dati personali trasmessi con le domande di partecipazione al presente bando sono trattati, anche in via automatizzata, esclusivamente per la gestione del presente bando e delle procedure ad esso correlate anche in caso di contenzioso.

Il conferimento dei dati è obbligatorio ai fini della partecipazione al presente bando.

La/il sottoscritto dichiara di aver preso visione della "Informativa Sul Trattamento Dei Dati Personali Del Personale dell'Ateneo" (già in servizio, ovvero di nuova assunzione in Regime di diritto pubblico che di diritto privato, ovvero in caso di attivazione di rapporto di parasubordinazione) reperibile al link www.unich.it/sites/default/files/informativa_sul_trattamento_dei_dati_personali_del_personale.pdf

Si allega fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità.

Data

Firma