



Università degli Studi “G. d’Annunzio” Chieti - Pescara

Allegato 1

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 2020

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 2020 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 € _____



Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti - Pescara

- **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*** 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 _____



Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti - Pescara

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 € _____



Università degli Studi "G. d'Annunzio" Chieti - Pescara

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



Università degli Studi “G. d’Annunzio” Chieti - Pescara

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: _____

La/il sottoscritta/o autorizza al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs.196/2003, per cui in riferimento all'art. 13 del citato D.Lgs. i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

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

Data

Firma