



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

Allegato 1

DOMANDA PER L’EROGAZIONE DI SUSSIDI A FAVORE DEL PERSONALE (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 2023

La/il sottoscritta/o _____

CHIEDE

l'erogazione del sussidio economico per le spese sostenute per sé medesima/o e/o per le/i familiari a carico, nell'anno 2023 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 € _____



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

- **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 _____ e 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



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

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 € _____

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) : _____;



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

di essere in servizio presso questa Università con matricola n° _____;

- nel caso di decesso del dipendente, indicare la relazione di parentela con la/il defunto/a: _____;
- Struttura/Servizio di appartenenza: _____;
- 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.

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 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 https://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