



DOMANDA DI SUSSIDIO PER L'EROGAZIONE DI BENEFICI ECONOMICI

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____,

CHIEDE

l'erogazione del sussidio per la seguente causale¹:

- Art. 5 lett. a) del Regolamento - DECESSO DI UN FAMILIARE FINO AL SECONDO GRADO DI PARENTELA DEL DIPENDENTE ²**

Indicare cognome e nome del familiare:

Relazione di parentela:

- Art. 5 lett. b) del Regolamento - MALATTIE DEL DIPENDENTE, O DI FIGLI A CARICO ³ DEL MEDESIMO, DI PARTICOLARE GRAVITÀ, CRONICHE O INVALIDANTI, CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA E CURA, ANCHE NON COPERTE O PARZIALMENTE COPERTE DA CONTRIBUZIONE SANITARIA NAZIONALE.**

Nel caso il rimborso sia chiesto per i figli a carico indicare di seguito cognome e nome:

¹ Si può presentare domanda soltanto per una delle tipologie previste nel *Regolamento per l'erogazione di benefici economici al personale tecnico-amministrativo* art. 5 c.1 lett. a), b), c), d) anche a fronte di più fatture o ricevute fiscali.

² Per parente entro il secondo grado s'intendono i genitori, il coniuge, i figli, i nonni e i nipoti (figli di figli). Il rimborso può essere richiesto anche per il convivente more uxorio purché la convivenza risulti da certificazione anagrafica.

³ Un figlio s'intende a carico qualora il suo reddito non superi, nell'anno in cui sono state sostenute le spese, quello indicato dalle norme vigenti per usufruire delle detrazioni fiscali.



- Art. 5 lett. c) del Regolamento - SPESE MEDICHE, SOSTENUTE DAL DIPENDENTE PER SE' O PER UN FIGLIO A CARICO, DI TIPO SPECIALISTICO, COMPRESSE PROTESI DI QUALSIASI GENERE, CURE DENTARIE, RIABILITATIVE PRESTATE IN QUALSIASI STRUTTURA SANITARIA.**

Nel caso il rimborso sia chiesto per i figli a carico indicare di seguito cognome e nome:

- Art. 5 lett. d) del Regolamento - SPESE SOSTENUTE DAL DIPENDENTE PER FREQUENZA DEI FIGLI A CARICO PRESSO ASILI NIDO PUBBLICI O PRIVATI**

Indicare cognome e nome del figlio, la denominazione dell'asilo, la sua sede ed indicare se si tratta di struttura pubblica o privata

A tal fine, il/la sottoscritto/a allega la seguente documentazione:

- ISEE in corso di validità e relativa almeno ai redditi dell'anno precedente cui si riferiscono le spese;
- Dichiarazione attestante che la spesa non è stata oggetto di altri sussidi o rimborsi assicurativi;
- Copia delle documentazione relativa alle spese per cui si richiede il rimborso;
- Dichiarazione che la documentazione prodotta è conforme all'originale in proprio possesso;
- Copia della certificazione medica nella quale si attesta che la malattia presenta le caratteristiche di particolare gravità, cronicità o invalidità, senza indicarne la specifica tipologia, rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o medico convenzionato con il SSN⁴.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che nel caso rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità:

- è soggetto alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;

4

⁴ **Attenzione** : Il medico del SSN deve attestare che la malattia presenta carattere di “particolare gravità, cronica, o invalidante con necessità di assistenza e cura” senza specificarne la tipologia. Le certificazioni che non riportino tale dicitura non saranno ritenute ammissibili. Saranno valutate le egi vlllec| kqpkattestapvkulwec| kqpk f ki tcxg'tipologic o riferite alla situazione di handicap grave ai sensi della legge 104/92.



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

- nel caso sia già stato erogato il rimborso, l'importo dello stesso sarà recuperato attraverso addebito stipendiale sulle retribuzioni successive alla comunicazione di esito negativo dell'accertamento;
- sarà preclusa l'erogazione del beneficio per i successivi 2 anni solari.

Data _____

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

(Articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni)

L'Ufficio provvederà al trattamento dei dati personali, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati personali potrebbero essere comunicati anche ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale.

Titolare del trattamento: Università degli Studi di Firenze

Responsabile del trattamento: Dott.ssa Jessica Cruciani Fabozzi

Ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 l'interessato/a ha diritto di ottenere l'accesso, l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione ed il blocco dei dati, nonché di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione) dei propri dati personali.

Data _____

Firma



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DICHIARAZIONE

(ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)

Con riferimento all'istanza presentata in data _____, volta ad ottenere un sussidio per _____, come previsto dall'apposito regolamento di Ateneo, il/la sottoscritto/a _____

dichiara

che le spese sostenute e documentate per le quali il sussidio stesso viene richiesto non sono state rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale/ Regionale o da altri Enti o Assicurazioni e s'impegna a non chiedere il rimborso ai medesimi.

Firenze, _____

Firma
