Alla Rettrice

dell'Università degli Studi dell'Aquila

Allegato 1

# ISTANZA SUSSIDI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

la concessione dei sussidi economici previsti in favore dei dipendenti dell'Università degli studi dell’Aquila ai sensi del regolamento emanato con Decreto del Rettore n. 1500 del 24/10/2016.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

1. **Dati anagrafici del dipendente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nome** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cod. fisc.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nat\_\_ a** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Prov.** | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Il** |  |  | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Per i cittadini stranieri indicare anche lo Stato** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Leggere con attenzione il regolamento per le definizioni complete delle condizioni di accesso all’ erogazione del sussidio*

1. **Tipologia del servizio sociale per cui si richiede il sussidio:**

*barrare la casella che interessa*

Gravi situazioni di disagio socio-economico

* Decesso del coniuge
* Decesso del dipendente
* Perdita di lavoro del coniuge
* Dipendente senza stipendio

Prestazioni medico-assistenziali riferite al nucleo familiare

* Malattie di particolare gravità
* Protesi (dentarie, ortopediche, acustiche, ottiche, etc.)

Spese per asili nido e per l’istruzione scolastica/universitaria dei figli

* Spese per asili nido
* Spese scolastiche
* Spese universitarie

dichiara altresì, ai sensi degli arti. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.:

1. che il proprio stato civile risulta essere\*:   
   *barrare la casella che interessa*

libero coniugato/convivente come da certificazione anagrafica altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che il proprio nucleo familiare risulta essere così composto\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Data di nascita | Luogo di nascita | Codice fiscale | Tipologia di  parentela | % a carico del  richiedente |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*I dati sopra riportati devono essere congruenti con quelli posti alla base dell'attestazione ISEE allegata.

di non usufruire di altri sussidi per la stessa motivazione e di non averli richiesti

Oppure, qualora il dipendente, per lo stesso evento, ha già inoltrato o sta per inoltrare istanza di contributo presso altro ente o istanza di rimborso dal Servizio Sanitario Nazionale:

dovrà rendere apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà specificando gli elementi utili per consentire all'Amministrazione di effettuare le necessarie verifiche (Ente, indirizzo, eventuale importo richiesto):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ovvero* qualora invece il dipendente avesse già ottenuto, per lo stesso evento, un contributo da altro ente o rimborso dal Servizio Sanitario Nazionale:

dovrà rendere apposita dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e specificare gli elementi utili per consentire all''Amministrazione di effettuare le necessarie verifiche (Ente, indirizzo, importo ottenuto)



di essere affetto da disabilità nella misura del \_\_\_\_\_\_\_ %

che nel proprio nucleo familiare vi sono i seguenti soggetti con disabilità nella misura per ciascuno di essi riportata:

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Percentuale \_\_\_\_\_\_%

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Percentuale \_\_\_\_\_\_%

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Percentuale \_\_\_\_\_\_%

1. **Solo per i dipendenti che cesseranno dal servizio entro un anno dalla data di   
   presentazione della domanda, indicare codice IBAN e relativa banca di appoggio:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ALLA PRESENTE ISTANZA ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

**Per tutti i tipi di sussidio:**

Copia del modello ISEE (**tranne che per le tipologie, 1b), 1d) e 2a**) come da regolamento) relativo ai redditi dell'anno precedente a quello per il quale si richiede il sussidio;

1. Copia fotostatica non autenticata di un documento di identità;
2. Certificazione di invalidità di un componente del nucleo familiare (da produrre solo in caso di compilazione del punto 6 in relazione a un familiare);
3. Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla documentazione allegata in copia, ai sensi degli artt.19 e 47 del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. (allegato 2)
4. Certificazione medica attestante la necessità degli acquisti per ausili e la richiesta di interventi protesici (occhiali, cure dentarie, ecc)

Inoltre, per:

**Spese per asili nido**

Copie delle ricevute (fatture intestate al richiedente o bollettini postali da cui risulti il pagamento eseguito dal richiedente) attestanti il pagamento della retta di iscrizione e delle altre spese da essa derivanti.

*(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spese per acquisto libri e tasse scolastiche e /o universitarie**

Attestazione di iscrizione a scuola secondaria di primo o secondo grado, o a corso di studi   
universitari per l'annualità in relazione alla quale si chiede il rimborso

*ovvero*

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 e s.m.i.   
(allegato 3)

Fatture intestate al richiedente, relative all'acquisto dei libri scolastici e/o universitari, recanti il dettaglio dell’acquisto effettuato

*(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata, con indicazione di titolo, autore e prezzo, e ricevute tasse d’iscrizione)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spese per prestazioni medico assistenziali riferite al nucleo familiare**

Documentazione medica allegata:

*(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)*

Allegare certificazione medica attestante la necessità degli acquisti e interventi protesici

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Fatture comprovanti le spese sostenute, intestate al dipendente o a un componente del suo nucleo familiare, come risultante dallo stato di famiglia:

*(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, di aver già richiesto, tramite dichiarazione dei redditi, detrazioni pari al 19%

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I dati personali, sensibili e giudiziari dei candidati saranno trattati dall' Amministrazione ai sensi del Regolamento di Ateneo di attuazione del codice di protezione dei dati personali utilizzati dall’Università ed ai sensi del Regolamento di Ateneo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, emanati rispettivamente con D.R. n. 5073 del 30.12.2005 e con D.R. n. 1163 del 22.3.2006, in applicazione del D.Lgs. del 30.6.2003, n. 196.

Informativa ai sensi dell'art. J3 del D.Lgs. n. 196 del 30.6.2003, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e, comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi dell’Aquila titolare del trattamento. All'interessato competono i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.