

Al Presidente della Commissione
Sussidi al Personale dell'I.N.A.F.
c/o Dipartimento Osservatori
Viale del Parco Mellini, 84
00136 ROMA (RM)

OGGETTO: richiesta sussidio (esercizio fin. 2003)

Con riferimento al vigente regolamento per interventi assistenziali in favore del personale dell'I.N.A.F. si richiede l'erogazione di un **sussidio** per spese inerenti alla seguente tipologia di evento (*contrassegnare nella prima colonna la **tipologia** appropriata e, nell'ultima colonna, l'importo in Euro*):

(1)	Tipologia dell'intervento richiesto	Importo
	a) decesso del dipendente e casi di particolare gravità implicante rischio di vita del dipendente o di altro componente il nucleo familiare	
	b) malattia, ovvero spese straordinarie per portatori di handicap non autosufficienti, cure mediche o riabilitative per malattie gravi e lunghe degenze, intervento chirurgico e acquisto di protesi per il dipendente o altro componente a carico del proprio nucleo familiare	
	c) crollo o grave lesione della casa di abitazione del dipendente, di sua proprietà o comproprietà	
	d) spese per matrimonio o nascita di un figlio	
	e) furti, rapine o altri eventi similari subiti dal dipendente	
	f) cure dentistiche del dipendente o di altro componente a carico del proprio nucleo familiare	
	g) spese per onoranze funebri per decesso di un familiare a carico del dipendente.	
	h) Bisogno generico ed altri casi non previsti.	

(1) *contrassegnare la casella relativa alla tipologia dell'intervento richiesto*

Descrizione dell'evento e motivazione della richiesta (aggiungere righe se necessario):

.....
.....
.....

Sono allegati alla presente istanza i seguenti documenti riferiti agli eventi ed alle spese di cui si chiede il rimborso:

- Certificato in originale/copia conforme/autocertificazione/dichiarazione sostitutiva relativamente a *(aggiungere righe se necessario)*:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

(esempio: certificato di nascita rilasciato in data _____ dal Comune di _____)

- Fattura / ricevuta fiscale / bollettino di conto corrente postale / operazione bancaria relativamente a *(aggiungere righe se necessario)*:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

(esempio: ricevuta fiscale rilasciata da _____ in data _____ per euro _____)

Spazio per note, per autocertificare il legame di parentela, di affinità o lo stato di convivenza o per indicare altra documentazione utile:

.....
.....
.....
.....

- Si dichiara, di non aver usufruito di sussidi INAF nel biennio precedente.
- Si dichiara, che a fronte delle spese indicate, sono stati percepiti i seguenti sussidi/rimborsi (indicare tipologia e percentuale dei rimborsi ricevuti):

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai soli fini dell'eventuale erogazione del sussidio (Legge n. 675/96)

Luogo data

In fede

_____ *(firma)*

CERTIFICAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Testo Unico sulle certificazioni, D.P.R. 28/12/2002, n. 445)

Il sottoscritto nato a, il
..... e residente a in via n. ,
C.A.P., in servizio presso l'Osservatorio di, a conoscenza delle sanzioni
previste dal codice penale e da altre leggi in materia in caso di dichiarazioni mendaci,

al fine del riconoscimento di rimborsi spese, sussidi o erogazioni liberali

D I C H I A R A

che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, alla data del 31 dicembre 2002 era composto
come segue:

	COGNOME e NOME	Luogo e data di nascita	Stato civile *	Relazione di parentela**	Inabile***
1				<i>Richiedente</i>	
2					
3					
4					
5					
6					

* vedovo/a, divorziato/a, separato/a legalmente, celibe o nubile;

** coniuge, figlio/a, genitore, fratello, sorella, ect.

*** la persona indicata si trova, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a proficuo lavoro, ovvero, se minorenne, ha difficoltà persistente a svolgere le funzioni proprie della sua età (in proposito allega in quanto non ancora presentata, la certificazione – o copia autentica – rilasciata dalla U.S.L. o dalle preesistenti commissioni sanitarie provinciali)

Data, li FIRMA