

ALLEGATO A

ISTANZA AL SINDACO P.T. DEL COMUNE DI _____ PER L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVISTO DAL FONDO DI SOLIDARIETA' AI FAMILIARI DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI DECEDUTI A CAUSA DI INCIDENTI NEI LUOGHI DI LAVORO (L.R. 25.02.2010, n. 1)

Con la presente istanza si chiede al Sindaco p.t. del Comune di _____ di l'accesso al Fondo di solidarietà istituito con la L.R. 1/2010 e pertanto, nella consapevolezza delle sanzioni in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, si dichiara e comunica quanto segue.

1. TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO PER CUI SI EFFETTUA L'ISTANZA

- art. 2, L.R. 1/2010
 art. 3, L.R. 1/2010

2. SOGGETTO RICHIEDENTE

- A** Soggetto beneficiario (art. 2, co. 5, L.R. 1/2010)
B Soggetto munito di delega (specificare: A.N.M.I.L. _ Federcasalinghe, ecc.)

3. DATI ANAGRAFICI SOGGETTO BENEFICIARIO

Nome Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita (città) Pr

Data di nascita giorno mese anno

Luogo di residenza (città) Prov

Via/Corso/Strada n.

Luogo di domiciliazione *se diverso dalla residenza sopra indicata:*

(città) P

Via/Corso/Strada n. ci

CODICE FISCALE

E-MAIL
PEC
Telefono (preferibile cellulare)

Se la domanda di assegnazione del contributo è compilata da soggetto munito di delega:

Nome Cognome

ENTE DI APPARTENENZA

QUALIFICA O TITOLO

CODICE FISCALE

E-MAIL
PEC
Telefono (preferibile cellulare)

La delega è stata sottoscritta dall'istante/beneficiario in data:

giorno mese anno

4. DATI RELATIVI ALLA LAVORATRICE/AL LAVORATORE DECEDUTA/O

Nome Cognome
CODICE FISCALE

4.1. DATI RELATIVI ALL'INFORTUNIO E ALLA PRESTAZIONE LAVORATIVA DELLA/DEL LAVORATRICE/LAVORATORE DECEDUTA/O

Data dell'infortunio:

giorno mese anno

Luogo dell'infortunio:

Via/Corso/Strada n.

(città) Prov.

Infortunio mortale in ambiente domestico

SI

NO

Nome dell'azienda/datore di lavoro:

Settore merceologico di attività

Codice INPS del rapporto di lavoro (eventuale)

5. DATI RELATIVI A MISURE DI SOSTEGNO SOCIO-EDUCATIVO, SCOLASTICO, FORMATIVO E DEL TEMPO LIBERO

Dati del beneficiario delle misure ex art. 3, co. 3, L.R. 1/2010:

Nome

Cognome

Data di nascita

giorno

mese

anno

CODICE FISCALE

5.1. DATI RELATIVI ALLE SPESE AMMISSIBILI

Tipologia di spese effettivamente sostenute e documentate ex art. 3, co. 4, L.R. 1/2010 con la consegna delle copie relative a:

- tasse di iscrizione: € _____
- rette di frequenza: € _____
- acquisto libri di testo € _____
- acquisto di ausili scolastici per studenti d.a. € _____
- servizio mensa: € _____
- abbonamento, per uso scolastico, al servizio di trasporto: € _____
- attività formative, sportive o ricreative: € _____

ISEE (art. 5, Reg. Reg. 4/2007 s.m.i.): €

Altra documentazione acquisita al fine di dimostrare i requisiti richiesti dall'art. 3 L.R. 1/2010 (autocertificazione ai sensi di legge, stato di famiglia, attestazione ISEE vigente, ecc.):

6. MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO DI CUI ALLA PRESENTE ISTANZA

In ipotesi di accesso al Fondo di solidarietà di cui alla presente istanza, si indica di seguito la seguente modalità di pagamento:

IBAN

ALTRO (*da concordare con l'interessato*)**7. ACCETTAZIONE ESPRESSA E CONSAPEVOLEZZA CIRCA LA NATURA MERAMENTE SOLIDARISTICA DEL CONTRIBUTO RICHIESTO**

Sono consapevole e dichiaro di essere al corrente che il contributo di cui alla presente istanza non costituisce in alcun modo pre-condizione, requisito o prova utile alle verifiche rilevanti in sede ispettiva, giudiziaria e amministrativa poste in essere da parte delle Autorità di Pubblica Sicurezza e dagli organi di vigilanza degli enti previdenziali e assistenziali preposti agli accertamenti di legge per i casi di decesso nei luoghi di lavoro.

FIRMA (in originale sulla copia cartacea)

8. AUTORIZZAZIONE ESPRESSA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONTENUTI NELLA PRESENTE ISTANZA NEL RISPETTO DEL D.LGS. 196/2003

Autorizzazione al trattamento dei dati

 Accetto

FIRMA (in originale sulla copia cartacea)

Data, _____

FIRMA (in originale sulla copia cartacea)
