

**AL SERVIZIO PREVIDENZA E ASSISTENZA E FITQ
SETTORE PREVIDENZA INTEGRATIVA
VIALE TRIESTE 190
09123 CAGLIARI**

OGGETTO: RICHIESTA ANTICIPAZIONE I.F.R. PER SPESE SANITARIE PER IL DIPENDENTE, IL CONIUGE E I FIGLI A CARICO (Art. 11 L.R. 27 del 22/12/2011)

COGNOME NOME MATR.

NAT IL ^{gg} / ^{mm} / ^{aaaa} A ^{città} PROV.

RESIDENTE IN ^{città} PROV.

INDIRIZZO ^{indirizzo} N. CAP

DIPENDENTE RAS DAL ^{gg} / ^{mm} / ^{aaaa} IN SERVIZIO PRESSO

ISCRITTO AL FITQ DAL / / ISCRITTO I.N.P.S. (ex I.N.P.D.A.P.)

TELEFONO UFFICIO TEL. CELL. TEL. ABIT.

INDIRIZZO MAIL ^{istituzionale} INDIRIZZO MAIL ^{personale}

CODICE FISCALE

CHIEDE

l'anticipazione dell'Indennità di Fine Rapporto per:

- spese sanitarie per il dipendente
- spese sanitarie per il coniuge
- spese sanitarie per i figli

- per l'ammontare di euro , .
- nella misura massima consentita.

Dati anagrafici del coniuge o dei figli destinatari delle spese sanitarie:

COGNOME NOME

NAT IL ^{gg} / ^{mm} / ^{aaaa} A ^{città} PROV.

RESIDENTE IN ^{città} PROV.

^{indirizzo}

INDIRIZZO N. CAP

COGNOME NOME

gg mm aaaa città

NAT IL / / A PROV.

città

RESIDENTE IN PROV.

indirizzo

INDIRIZZO N. CAP

Dati anagrafici accompagnatore/rice:

COGNOME NOME

gg mm aaaa città

NAT IL / / A PROV.

città

RESIDENTE IN PROV.

indirizzo

INDIRIZZO N. CAP

Chiede infine che l'accreditamento dell'anticipazione avvenga presso¹:

istituto di credito

ABI CAB N. CC

IBAN

città gg mm aaaa

Luogo e data / /

Il richiedente

¹ L'accreditamento può avvenire esclusivamente sul c/c del dipendente richiedente.

DICHIARA

ai sensi degli artt. 43, 46, 47, 48, 71, 73, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

- 1) di conoscere ed accettare tutte le disposizioni e i vincoli contenuti nella circolare esplicativa n.P. 16689 del 7 luglio 2015.
- 2) che i familiari per cui chiede l'anticipazione sono economicamente a suo carico².
- 3) che per le stesse spese sanitarie non è stata presentata richiesta da altro dipendente legato da vincoli di matrimonio o parentela.
- 4) di impegnarsi a documentare l'avvenuta utilizzazione dell'anticipazione entro il termine di due anni dalla concessione, pena la revoca del provvedimento e la restituzione in un'unica soluzione della somma erogata comprensiva degli interessi legali.
- 5) di aver usufruito in precedenza di un'anticipazione sulla liquidazione per la seguente motivazione:

- 6) che le notizie fornite ed i documenti allegati rispondono a verità, consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false, nonché dei controlli cui l'Amministrazione è tenuta ad effettuare al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese.

Luogo e data / /

Il dichiarante

² Sono considerati a carico i figli e il coniuge non legalmente ed effettivamente separato, purché conviventi e con un reddito annuale non superiore a euro 2.840,51.

La dichiarazione ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 è presentata unitamente a copia del documento d'identità (**specificare il tipo di documento**) del:

dipendente

Carta d'identità n. rilasciata dal comune di scad. / / gg mm aaaa

Patente n. rilasciata da scad. / / gg mm aaaa

coniuge e/o figlio/a destinatari della spesa sanitaria

Carta d'identità n. rilasciata dal comune di scad. / / gg mm aaaa

Patente n. rilasciata da scad. / / gg mm aaaa

Carta d'identità n. rilasciata dal comune di scad. / /

Patente n. rilasciata da scad. / / gg mm aaaa

A tal fine si allegano i documenti sotto elencati:

- | | | | |
|-----|----------------------|-----|----------------------|
| 1) | <input type="text"/> | 11) | <input type="text"/> |
| 2) | <input type="text"/> | 12) | <input type="text"/> |
| 3) | <input type="text"/> | 13) | <input type="text"/> |
| 4) | <input type="text"/> | 14) | <input type="text"/> |
| 5) | <input type="text"/> | 15) | <input type="text"/> |
| 6) | <input type="text"/> | 16) | <input type="text"/> |
| 7) | <input type="text"/> | 17) | <input type="text"/> |
| 8) | <input type="text"/> | 18) | <input type="text"/> |
| 9) | <input type="text"/> | 19) | <input type="text"/> |
| 10) | <input type="text"/> | 20) | <input type="text"/> |

Luogo e data città / / gg mm aaaa

Firma