

MODULO PER CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER MALATTIA /INFORTUNIO PROFESSIONALE
(da inviare esclusivamente tramite la sede di servizio)

Alla Direzione Centrale Affari Generali
Ufficio I - Affari Generali
Pec: ag.aaggescioassistenziali@cert.vigilfuoco.it
Via Cavour, 5 00184
ROMA

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____ QUALIFICA _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO _____

CODICE FISCALE _____

Dipendente (in servizio) Moglie/Convivente Figlio/a convivente
(fare una **X** sulla casella interessata)

RESIDENZA (via/piazza, n. civ. e città) _____

TELEFONO _____ COMANDO PROVINCIALE VV F –

DIREZIONE/UFFICIO _____

CHIEDE

la concessione di un contributo avente la seguente causale: infortunio sul lavoro/malattia professionale di

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, **DICHIARA:**

- che il proprio nucleo familiare è composto da N. _____ figli;
- che i seguenti familiari sono fiscalmente a carico: Moglie/convivente Figli
(figuranti nel medesimo stato di famiglia del richiedente);
- che tra i coniugi non è stata pronunciata sentenza di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio (se trattasi di coniuge);
- che il sig. _____ nato a _____ il _____
malattia o infortunio in data _____ ;

- di aver sostenuto una spesa pari ad euro _____, come risulta dalla fattura allegata (in copia conforme all'originale) in regola con l'imposta di bollo e chiede che l'importo del contributo sia pagato mediante accredito sul c/c bancario/postale (escluso libretto postale) intestato a

Istituto di Credito _____

Codice IBAN _____,

come da allegata attestazione rilasciata dal medesimo Istituto bancario o postale.

Dichiara, infine, che per la medesima causale non è stato percepito analogo contributo o rimborso da parte di altri Enti o soggetti pubblici o privati.

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati raccolti, al solo fine di procedere all'espletamento della presente procedura, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. Le informazioni raccolte potranno essere comunicate e/o diffuse solo in esecuzione di precise disposizioni normative; i richiedenti hanno facoltà di esercitare, in qualunque momento, i diritti di cui all'articolo 7 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

Il sottoscritto funzionario _____

(cognome, nome e qualifica del funzionario)

ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445 del 2000 e s.m.i. attesta che il dichiarante _____

identificato mediante esibizione di _____

(estremi documento esibito) _____

ha, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, reso e sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione.

_____ (luogo e data)

_____ (firma per esteso del funzionario e timbro)

N.B: In conformità alle disposizioni degli artt. 38 e 48 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., è necessario firmare di fronte