

**ALL'ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI,  
PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE  
DIREZIONE GENERALE DEL PERSONALE E  
RIFORMA DELLA REGIONE  
SERVIZIO PREVIDENZA  
SETTORE PREVIDENZA INTEGRATIVA  
VIALE TRIESTE 190  
09123 CAGLIARI  
personale@pec.regione.sardegna.it**

**OGGETTO: RICHIESTA ANTICIPAZIONE I.F.R. E T.F.R. PER RINEGOZIAZIONE, SURROGAZIONE O ESTINZIONE, PARZIALE O INTEGRALE, DEL MUTUO PER L'ACQUISTO O LA COSTRUZIONE DELLA PRIMA CASA DI ABITAZIONE PER I FIGLI DEL DIPENDENTE (Art. 11 L.R. 27 del 22/12/2011)**

COGNOME	NOME	MATR.	
NAT IL <i>gg mm aaaa</i> / / A	<i>città</i>		PROV.
RESIDENTE IN	<i>città</i>		PROV.
INDIRIZZO	<i>indirizzo</i>	N.	CAP
DIPENDENTE RAS DAL <i>gg mm aaaa</i> / /	IN SERVIZIO PRESSO		
ISCRITTO AL FITQ DAL / /	ISCRITTO I.N.P.S. (ex I.N.D.A.P.)		
TELEFONO UFFICIO	TEL. CELL.	TEL. ABIT.	
INDIRIZZO MAIL	<i>istituzionale</i>	INDIRIZZO MAIL	<i>personale</i>
CODICE FISCALE			

**CHIEDE**

l'anticipazione dell'Indennità di Fine Rapporto per:

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

**Dati anagrafici del figlio/a:**

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 presso<sup>1</sup>:**

*istituto di credito*

ABI

CAB

N. CC

IBAN

*città*

*gg mm aaaa*

Luogo e data

*/ /*

Il richiedente

---

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



# AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA DEL FIGLIO/A

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

*Cognome*

*Nome*

Io sottoscritt

*città*

*gg mm aaaa*

nat a

il / /

- a) consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 76 e 75;
- b) informato/a che i dati forniti verranno utilizzati secondo quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 e dal GDPR – Regolamento UE 2016/679

## DICHIARO

*città*


che il nucleo familiare di mio figlio/a, residente in

*indirizzo*

indirizzo

n.

è così composto:

nr.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA gg mm aaaa	RAPPORTO DI PARENTELA	A CARICO
1			/ /		
2			/ /		
3			/ /		
4			/ /		
5			/ /		
6			/ /		
7			/ /		
8			/ /		

*città*

*gg mm aaaa*

Luogo e data

/ /

Il dichiarante

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**)

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

Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ scad. *gg* / *mm* / *aaaa*

del figlio/a a cui si riferisce la richiesta

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

Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ scad. *gg* / *mm* / *aaaa*

**A tal fine si allegano i documenti sotto elencati:**

- |     |     |
|-----|-----|
| 1)  | 11) |
| 2)  | 12) |
| 3)  | 13) |
| 4)  | 14) |
| 5)  | 15) |
| 6)  | 16) |
| 7)  | 17) |
| 8)  | 18) |
| 9)  | 19) |
| 10) | 20) |

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 e dal GDPR – Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il trattamento dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data *città* *gg* / *mm* / *aaaa*

Firma