

**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 SPESE SANITARIE PER IL DIPENDENTE, IL CONIUGE E I FIGLIA 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.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. _____
_____ città _____

RESIDENTE IN _____ 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'accredito dell'anticipazione avvenga presso¹:

istituto di credito
ABI CAB N. CC
IBAN _____
città gg mm aaaa
Luogo e data _____
/ /

Il richiedente

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

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

(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 mio nucleo familiare 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**) del:

dipendente

<input type="checkbox"/> Carta d'identità n.	rilasciata dal comune di	<i>gg mm aaaa</i>	scad.	/	/
<input type="checkbox"/> Patente n.	rilasciata da	<i>gg mm aaaa</i>	scad.	/	/

coniuge e/o figlio/a destinatari della spesa sanitaria

<input type="checkbox"/> Carta d'identità n.	rilasciata dal comune di	<i>gg mm aaaa</i>	scad.	/	/
<input type="checkbox"/> Patente n.	rilasciata da	<i>gg mm aaaa</i>	scad.	/	/
<input type="checkbox"/> Carta d'identità n.	rilasciata dal comune di		scad.	/	/
<input type="checkbox"/> Patente n.	rilasciata da	<i>gg mm aaaa</i>	scad.	/	/

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 del GDPR – Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il trattamento dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto

<i>città</i>	<i>gg mm aaaa</i>
Luogo e data	/ /

Firma