

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

Modello M

**Al Presidente
del Consiglio di Amministrazione
del Fondo di Previdenza per il personale
del Ministero dell'Economia e delle Finanze
via Luigi Ziliotto 31
00143 ROMA**

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER MALATTIA E SPESE SANITARIE SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO **(barrare la casella che interessa)**

Spese Sanitarie

Spese Sanitarie per patologie in tabella A

Una TANTUM per patologia in tabella A

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
cognome	
nome	
nat __ il	/ / codice fiscale
a	prov.
residente in via	
comune	
provincia	CAP tel. uff./cell.
email istituzionale	
email personale	

EREDE DI	
cognome	
nome	

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e dichiaro ai sensi del dpr 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle relative sanzioni, che le somme richieste non possono costituire oggetto di rimborso da parte di terzi (assicurazioni ecc.) oppure in caso contrario di avere diritto a ricevere/aver ricevuto la somma di euro _____ **(allegare prospetto rimborso assicurativo).**

CHIEDO

quanto sopra ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A. di codesto Ente

spese sostenute dall'iscritto deceduto

spese sostenute dall'iscritto deceduto per i propri familiari a **carico fiscale**

a tal fine consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi, nei casi previsti dalle legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del dpr 445/2000) e consapevole che il fondo effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. 71 e 72 del dpr 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

che in data / / è deceduto il/la sig.

cognome			
nome			
nat __ il	/	/	codice fiscale
a			prov.
residente in via			
comune			
provincia	CAP		

che (per il decesso dell'iscritto o del pensionato) l'ultimo ufficio di appartenenza all'Amministrazione Economico-Finanziaria è stato

e che la data di pensionamento è stata / /

che (se si tratta di sovvenzioni per il familiare a carico indicare i dati anagrafici e grado di parentela)

grado parentela			
cognome/nome			
nat __ il	/	/	codice fiscale
a			prov.
grado parentela			
cognome/nome			
nat __ il	/	/	codice fiscale
a			prov.
grado parentela			
cognome/nome			
nat __ il	/	/	codice fiscale
a			prov.
grado parentela			
cognome/nome			
nat __ il	/	/	codice fiscale
a			prov.

era/erano fiscalmente a carico dell'iscritto deceduto in quanto non superano i limiti di reddito previsti;

EREDI

che gli unici eredi sono	
grado parentela	email
cognome/nome	
nat __ il	codice fiscale
a	prov.
residente in via	
comune	
COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)	
IBAN I T	CIN ABI CAB C/C
grado parentela	email
cognome/nome	
nat __ il	codice fiscale
a	prov.
residente in via	
comune	
COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)	
IBAN I T	CIN ABI CAB C/C
grado parentela	email
cognome/nome	
nat __ il	codice fiscale
a	prov.
residente in via	
comune	
COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)	
IBAN I T	CIN ABI CAB C/C
grado parentela	email
cognome/nome	
nat __ il	codice fiscale
a	prov.
residente in via	
comune	
COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)	
IBAN I T	CIN ABI CAB C/C

Verificare il codice IBAN presso il proprio ISTITUTO BANCARIO

che tra l'iscritto e il coniuge superstite

non esiste sentenza di separazione passata in giudicato addebitabile al coniuge superstite o ad entrambi i coniugi.

Data _____

Firma _____

