

**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**

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

<b>EREDE DI</b>	
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**

certificato di invalidità pari almeno al 50%

**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)**

**AUTOCERTIFICATO**  
(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 \_\_\_\_\_



