

ALLEGATO A

ISTANZA AL SINDACO P.T. DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_ PER L'ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO PREVISTO DAL FONDO DI SOLIDARIETA' AI FAMILIARI DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI DECEDUTI A CAUSA DI INCIDENTI NEI LUOGHI DI LAVORO (L.R. 25.02.2010, n. 1)

Con la presente istanza si chiede al Sindaco p.t. del Comune di \_\_\_\_\_ di l'accesso al Fondo di solidarietà istituito con la L.R. 1/2010 e pertanto, nella consapevolezza delle sanzioni in caso di dichiarazioni false o mendaci, ai sensi degli artt. 46, 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, si dichiara e comunica quanto segue.

**1. TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO PER CUI SI EFFETTUA L'ISTANZA**

- art. 2, L.R. 1/2010  
 art. 3, L.R. 1/2010

**2. SOGGETTO RICHIEDENTE**

- A**  Soggetto beneficiario (art. 2, co. 5, L.R. 1/2010)  
**B**  Soggetto munito di delega (specificare: A.N.M.I.L. \_ Federcasalinghe, ecc.)

**3. DATI ANAGRAFICI SOGGETTO BENEFICIARIO**

Nome  Cognome

Sesso M  F

Luogo di nascita (città)  Pr

Data di nascita giorno  mese  anno

Luogo di residenza (città)  Prov

Via/Corso/Strada  n.

Luogo di domiciliazione *se diverso dalla residenza sopra indicata:*

(città)  P

Via/Corso/Strada  n. ci

CODICE FISCALE

E-MAIL   
PEC   
Telefono (preferibile cellulare)

**Se la domanda di assegnazione del contributo è compilata da soggetto munito di delega:**

Nome  Cognome

ENTE DI APPARTENENZA

QUALIFICA O TITOLO

CODICE FISCALE

E-MAIL   
PEC   
Telefono (preferibile cellulare)

La delega è stata sottoscritta dall'istante/beneficiario in data:

giorno  mese  anno

**4. DATI RELATIVI ALLA LAVORATRICE/AL LAVORATORE DECEDUTA/O**

Nome  Cognome   
CODICE FISCALE

**4.1. DATI RELATIVI ALL'INFORTUNIO E ALLA PRESTAZIONE LAVORATIVA DELLA/DEL LAVORATRICE/LAVORATORE DECEDUTA/O**

Data dell'infortunio:

giorno  mese  anno

Luogo dell'infortunio:

Via/Corso/Strada  n.

(città)  Prov.

Infortunio mortale in ambiente domestico

SI

NO

Nome dell'azienda/datore di lavoro:

Settore merceologico di attività

Codice INPS del rapporto di lavoro (eventuale)

**5. DATI RELATIVI A MISURE DI SOSTEGNO SOCIO-EDUCATIVO, SCOLASTICO, FORMATIVO E DEL TEMPO LIBERO**

Dati del beneficiario delle misure ex art. 3, co. 3, L.R. 1/2010:

Nome

Cognome

Data di nascita

giorno

mese

anno

CODICE FISCALE

**5.1. DATI RELATIVI ALLE SPESE AMMISSIBILI**

Tipologia di spese effettivamente sostenute e documentate ex art. 3, co. 4, L.R. 1/2010 con la consegna delle copie relative a:

- tasse di iscrizione: € \_\_\_\_\_
- rette di frequenza: € \_\_\_\_\_
- acquisto libri di testo € \_\_\_\_\_
- acquisto di ausili scolastici per studenti d.a. € \_\_\_\_\_
- servizio mensa: € \_\_\_\_\_
- abbonamento, per uso scolastico, al servizio di trasporto: € \_\_\_\_\_
- attività formative, sportive o ricreative: € \_\_\_\_\_

ISEE (art. 5, Reg. Reg. 4/2007 s.m.i.): €

Altra documentazione acquisita al fine di dimostrare i requisiti richiesti dall'art. 3 L.R. 1/2010 (autocertificazione ai sensi di legge, stato di famiglia, attestazione ISEE vigente, ecc.):

**6. MODALITA' DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO DI CUI ALLA PRESENTE ISTANZA**

In ipotesi di accesso al Fondo di solidarietà di cui alla presente istanza, si indica di seguito la seguente modalità di pagamento:

IBAN

ALTRO (*da concordare con l'interessato*)**7. ACCETTAZIONE ESPRESSA E CONSAPEVOLEZZA CIRCA LA NATURA MERAMENTE SOLIDARISTICA DEL CONTRIBUTO RICHIESTO**

Sono consapevole e dichiaro di essere al corrente che il contributo di cui alla presente istanza non costituisce in alcun modo pre-condizione, requisito o prova utile alle verifiche rilevanti in sede ispettiva, giudiziaria e amministrativa poste in essere da parte delle Autorità di Pubblica Sicurezza e dagli organi di vigilanza degli enti previdenziali e assistenziali preposti agli accertamenti di legge per i casi di decesso nei luoghi di lavoro.

FIRMA (in originale sulla copia cartacea)

---

**8. AUTORIZZAZIONE ESPRESSA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONTENUTI NELLA PRESENTE ISTANZA NEL RISPETTO DEL D.LGS. 196/2003**

Autorizzazione al trattamento dei dati

 Accetto

FIRMA (in originale sulla copia cartacea)

---

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA (in originale sulla copia cartacea)

---