

MODULO PER CONTRIBUTO PERIODICO (da inviare esclusivamente tramite Comando)

(All. B)

All'Opera Nazionale di Assistenza per il
Personale del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco
Via Cavour, 5

00184 - ROMA

Istruzioni per la compilazione:

- **La domanda va inviata esclusivamente tramite Comando di appartenenza, in caso di rinnovo entro il 31 marzo di ogni anno e riguarda l'anno in corso**

(Cancellare le parole e le frasi che non interessano integrando ove necessario)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

(Cognome e nome)

(Qualifica)

fare una X sulla casella interessata: (in servizio) (in quiescenza)

vedova/o (con diritto a pensione di reversibilità) (senza diritto a pensione di reversibilità)

COMANDO (o ultima sede di servizio) _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE IN _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

TELEFONO _____ CODICEFISCALE _____

(numero completo di prefisso)

C H I E D E

ai sensi della circolare n. _____ la concessione/il rinnovo per l'anno _____ del contributo assistenziale periodico,
già concesso in passato ed ottenuto per la prima volta nell'anno _____ in favore del congiunto:

NOME, COGNOME _____

GRADO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE _____ DI ANNI _____

(indicare se coniuge, figlio o figlia con tassativa esclusione di familiari diversi)

affetto da malattia invalidante come da certificazione autenticata per copia conforme in allegato e riconosciuto invalido
civile con grado di invalidità del _____%

(scrivere la percentuale) (per i minori scrivere di seguito la dizione riportata nel certificato)

(firma del richiedente)

Nel caso di minore in attesa di riconoscimento fare una x sulla casella e compilare la riga sottostante.....

Domanda per il riconoscimento dell'invalidità civile presentata alla ASL _____ in data _____.

Dichiara sotto la propria personale responsabilità che non sono intervenute variazioni nelle condizioni che hanno consentito l'erogazione in passato del contributo assistenziale in oggetto. Il sottoscritto si avvale nella presente richiesta delle disposizioni di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (artt. 483, 495, 496 del Codice penale e successive modificazioni ed integrazioni) nonché della facoltà di codesto Ufficio di effettuare le opportune verifiche e richieste di documenti e certificazioni. In particolare dichiara che il congiunto è vivente; non svolge attività lavorativa; è fiscalmente a carico di _____; nello scorso anno il suo reddito personale è ammontato ad € _____; ha percepito € _____ per pensione di invalidità civile ed € _____ per assegno di accompagnamento; non ha subito nuove visite che hanno ridotto o annullato l'invalidità civile già riconosciuta; per la stessa causa non percepisce analoghe sovvenzioni assistenziali ovvero le percepisce e sono ammontanti complessivamente nello scorso anno a € _____.

A tal fine desidera che la somma prevista sia resa esigibile (fare una X sulla relativa casella):

Mediante quietanza presso una qualsiasi sede della B.N.L. secondo la funzione T.M -operatore unico, codice identificazione Ente n. 1944	<input type="checkbox"/>
Mediante accredito su conto corrente	<input type="checkbox"/>
In caso di accredito su conto corrente, si raccomanda, onde evitare disguidi, di indicare di nuovo comunque e con la massima precisione le coordinate bancarie o postali complete riempiendo l' apposita casella:	CODICE IBAN

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione che sopraggiunga prima dell'erogazione del contributo in oggetto. Consente infine al trattamento dei dati anche sensibili di cui al Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 (G.U. 29/07/03, Serie gen. n. 174, Suppl. ord. n. 123/L) che gli sono richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di cui alla presente istanza. Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza dei propri diritti ex Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 e che il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Opera e il responsabile è Segretario Generale dell'Opera.

(firma del richiedente)

Si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni variazione che sopraggiunga prima dell'erogazione del contributo in oggetto. Consente infine al trattamento dei dati anche sensibili di cui al Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 (G.U. 29/07/03, Serie gen. n. 174, Suppl. ord. n. 123/L) che gli sono richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di cui alla presente istanza. Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere a conoscenza dei propri diritti ex Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196 e che il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Opera e il responsabile è Segretario Generale dell'Opera.

IN FEDE,

_____, li _____

(luogo e data)

(firma del richiedente)

(Firma, relativamente al trattamento dei dati sensibili di cui Decreto legislativo 30/06/2003, n. 196, del familiare affetto da malattia cui l'istanza è riferita, se maggiorenne ed in grado di firmare, altrimenti il richiedente riapponga la propria firma)

(qualifica del funzionario, e, tra parentesi, nome e cognome dello stesso)

(firma per esteso del funzionario con timbro dell'ufficio)

N.B. Per completare l'atto è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato o in assenza allegare fotocopia del documento di identità. Non verranno prese in considerazione neppure ai fini di una risposta negativa le istanze, comunque inoltrate, aventi per oggetto causali e soggetti non contemplati nella circolare vigente in materia di contributi assistenziali, prive di tutta o in parte la documentazione a corredo richiesta o, infine, compilate in maniera incompleta (con rimandi generici a documenti allegati o in possesso dell'Opera o dell'Amministrazione), non attraverso il presente modulo o fatte pervenire non attraverso i Comandi e gli uffici del Corpo Nazionale.