Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE
DIREZIONE CENTRALE PER L'AMMINISTRAZIONE GENERALE

CIRCOLARE n. 1

Prot. n. 41 del 14/01/2020

Contributi di prima assistenza a favore del personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco in servizio e delle loro famiglie a seguito di infortunio sul lavoro o malattie professionali - Cap. 1855 del Bilancio dello Stato.

La presente circolare disciplina la gestione dei fondi presenti sul Capitolo 1855 denominato: " *Provvidenze a favore del personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco in servizio, e delle loro famiglie*" e **integra la precedente circolare**, **prot. n. 12344 del 16 ottobre 2014.**

Al riguardo, in aggiunta a quanto sinora praticato, con oneri a carico del Capitolo 1855 gestito da questa Direzione Centrale, vengono, dalla data odierna, anche concessi **contributi per il rimborso delle spese di trasporto ed alloggio a seguito di infortunio e/ o malattie-professionali verificatisi nell'esercizio di riferimento.**

L'importo massimo dei contributi per il rimborso delle predette spese, che la Direzione Centrale per l'Amministrazione Generale potrà concedere in esito alla verifica della legittimità della documentazione attestante le spese sostenute, è pari ad € 1.500,00 (millecinquecento euro).

Tale somma sarà liquidata sempre nei limiti della effettiva disponibilità del capitolo, a favore di dipendenti dei vigili del fuoco in servizio ovvero per i loro coniugi e i conviventi di fatto, ai sensi della Legge 76/2016, ovvero per i figli conviventi e fiscalmente a carico.

Tali provvidenze possono non costituire totale rimborso per gli oneri sostenuti, laddove le disponibilità del Capitolo 1855 si rilevino insufficienti.

Al riguardo, si precisa che i beneficiari non devono aver percepito per la medesima specifica motivazione alcun analogo contributo assistenziale da altri Enti o soggetti pubblici o privati e devono sempre documentare le spese sostenute secondo le modalità di seguito indicate, relative sia alla presentazione delle domande, che agli atti da produrre a corredo delle stesse.

Le istanze di contributo possono essere inoltrate dai dipendenti, dalla moglie del dipendente o dai figli alla scrivente Direzione Centrale – Ufficio I – Affari Generali, tramite le Direzioni Centrali, le Direzioni Regionali, i Comandi Provinciali, in cui presta servizio il dipendente, utilizzando l'apposito modulo allegato (allegato 2).

La domanda, contenente le generalità ed il codice fiscale del richiedente, e l'indicazione delle coordinate bancarie o del conto corrente postale (escluso libretto

Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DEI VIGILI DEL FUOCO, DEL SOCCORSO PUBBLICO E DELLA DIFESA CIVILE
DIREZIONE CENTRALE PER L'AMMINISTRAZIONE GENERALE

postale) necessari per il pagamento (codice IBAN), dovrà essere corredata dalla seguente documentazione:

1. fatture in copia conforme delle spese sostenute dal richiedente, intestate allo stesso ed in regola con l'imposta di bollo ai sensi art. 7 *bis* D.L. 26/4/2013, n. 43, convertito in Legge 24/6/2013, n. 71;
2. rinunce degli eventuali ulteriori aventi titolo (ad esempio i coeredi) ai contributi in oggetto a favore del beneficiario - intestatario delle fatture indicate al precedente punto.

La suddetta documentazione, unitamente alla richiesta, dovrà essere trasmessa in copia conforme all'originale con attestazione dell'Ufficio di appartenenza ed inviata a mezzo posta elettronica certificata dall'Ufficio di appartenenza al seguente indirizzo: ag.aaggesocioassistenziali@cert.vigilfuoco.it

Al fine di consentire l'emissione degli ordinativi di pagamento, ogni eventuale variazione dei dati forniti dovrà essere tempestivamente comunicata, con le medesime modalità, allo scrivente Ufficio all'indirizzo *pec* sopra indicato.

Le istanze devono essere presentate **nell'anno solare dalla data dell'infortunio e/ o della diagnosi della malattia professionale rilasciato da una struttura pubblica** .

Al fine dell'erogazione dei contributi saranno prese in considerazione, fino a concorrenza integrale dello stanziamento del capitolo n. 1855 di bilancio, esclusivamente le domande compilate sul modulo allegato, complete della documentazione richiesta ed inoltrate attraverso i competenti Uffici.

La presente circolare e la modulistica allegata sarà pubblicata sul sito istituzionale **(http://www.vigilfuoco.it)** e sul sito intranet **(http://intranet.dipvvf.it).**

Ai sensi della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i., responsabili del procedimento sono: la signora Lucia LONARDO e la signora Anna SACCO dell'Ufficio I Affari generali e per qualsiasi chiarimento i recapiti telefonici a cui rivolgersi sono i seguenti: Ufficio I - Affari Generali- telefono: 06.46529434 – 06.46529171.

Si raccomanda la più ampia diffusione della presente circolare a tutto il personale.

IL DIRETTORE CENTRALE
f.to FALONI

RdAE

All. 1
alla N. 12344 del 16/10/2014

MODULO PER CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER RIMBORSO SPESE FUNERARIE
(da inviare esclusivamente tramite la sede di servizio)

Alla Direzione Centrale Affari Generali
Ufficio I - Affari Generali
Pec: ag.aaggesocioassistenziali@cert.vigilfuoco.it
Via Cavour, 5 00184
ROMA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____NOME _____QUALIFICA_____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO _____

CODICE FISCALE _____

Dipendente (in servizio) ☐ (in quiescenza) ☐ Vedovo/a ☐ Figlio/a ☐
(fare una **X** sulla casella interessata)

RESIDENZA (via/piazza, n. civ. e città) _____

TELEFONO _____ COMANDO PROVINCIALE VV F – DIREZIONE/UFFICIO_____

_____

CHIEDE

la concessione di un contributo avente la seguente causale: decesso di _____

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, **DICHIARA**:

- di essere Coniugato/a ☐ Vedovo/a ☐ Celibe/Nubile ☐

- che il proprio nucleo familiare è composto da N._____ figli;

- che i seguenti familiari sono fiscalmente a carico: Moglie/marito ☐ Figli ☐
(figuranti nel medesimo stato di famiglia del richiedente);

- che tra i coniugi non è stata pronunciata sentenza di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio (se trattasi di coniuge);

- che il sig. _____ nato a_____il _____
è deceduto in_____ in data_____;

- che il defunto era convivente e fiscalmente a carico (se trattasi di figlio/a);

- di aver sostenuto una spesa pari ad euro _____, come risulta dalla fattura allegata (in copia conforme all'originale) in regola con l'imposta di bollo e chiede che l'importo del contributo sia pagato mediante accreditamento sul c/c bancario/postale (escluso libretto postale) intestato a _____

Istituto di Credito_____

Codice IBAN_____,

come da allegata attestazione rilasciata dal medesimo Istituto bancario o postale.

Dichiara, infine, che per la medesima causale (spese funebri) non è stato percepito analogo contributo o rimborso da parte di altri Enti o soggetti pubblici o privati.

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati raccolti, al solo fine di procedere all'espletamento della presente procedura, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. Le informazioni raccolte potranno essere comunicate e/o diffuse solo in esecuzione di precise disposizioni normative; i richiedenti hanno facoltà di esercitare, in qualunque momento, i diritti di cui all'articolo 7 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data_____ Firma del richiedente _____

Il sottoscritto funzionario _____

(cognome, nome e qualifica del funzionario)

ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445 del 2000 e s.m.i. attesta che il dichiarante _____

identificato mediante esibizione di_____

(estremi documento esibito) _____

ha, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, reso e sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione.

_____ (luogo e data)

_____(firma per esteso del funzionario e timbro)

N.B: In conformità alle disposizioni degli artt. 38 e 48 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato o altrimenti allegare la fotocopia del documento di identità.

All. 2
alla n. 328 del 15/01/2020

MODULO PER CONTRIBUTO STRAORDINARIO PER MALATTIA /INFORTUNIO PROFESSIONALE
(da inviare esclusivamente tramite la sede di servizio)

Alla Direzione Centrale Affari Generali
Ufficio I - Affari Generali
Pec: ag.aaggesocioassistenziali@cert.vigilfuoco.it
Via Cavour, 5 00184
ROMA

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____NOME _____QUALIFICA_____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO _____

CODICE FISCALE _____

Dipendente (in servizio) ☐ Moglie/Convivente ☐ Figlio/a convivente ☐
(fare una **X** sulla casella interessata)

RESIDENZA (via/piazza, n. civ. e città) _____

TELEFONO _____COMANDO PROVINCIALE VV F –

DIREZIONE/UFFICIO_____

CHIEDE

la concessione di un contributo avente la seguente causale: infortunio sul lavoro/malattia professionale di _____

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia per le ipotesi di falsità in atti o dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, **DICHIARA**:

- che il proprio nucleo familiare è composto da N._____ figli;
- che i seguenti familiari sono fiscalmente a carico: Moglie/convivente ☐ Figli ☐
(figuranti nel medesimo stato di famiglia del richiedente);
- che tra i coniugi non è stata pronunciata sentenza di scioglimento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio (se trattasi di coniuge);
- che il sig. _____ nato a_____il _____
malattia o infortunio in data_____ ;

- di aver sostenuto una spesa pari ad euro _____, come risulta dalla fattura allegata (in copia conforme all'originale) in regola con l'imposta di bollo e chiede che l'importo del contributo sia pagato mediante accreditamento sul c/c bancario/postale (escluso libretto postale) intestato a

_____

Istituto di Credito_____

Codice IBAN_____,

come da allegata attestazione rilasciata dal medesimo Istituto bancario o postale.

Dichiara, infine, che per la medesima causale non è stato percepito analogo contributo o rimborso da parte di altri Enti o soggetti pubblici o privati.

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati raccolti, al solo fine di procedere all'espletamento della presente procedura, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. Le informazioni raccolte potranno essere comunicate e/o diffuse solo in esecuzione di precise disposizioni normative; i richiedenti hanno facoltà di esercitare, in qualunque momento, i diritti di cui all'articolo 7 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

Luogo e data_____ Firma del richiedente _____

Il sottoscritto funzionario _____

(cognome, nome e qualifica del funzionario)

ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445 del 2000 e s.m.i. attesta che il dichiarante _____

identificato mediante esibizione di_____

(estremi documento esibito) _____

ha, previa ammonizione sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, reso e sottoscritto in mia presenza la presente dichiarazione.

_____ (luogo e data)

_____(firma per esteso del funzionario e timbro)

N.B: In conformità alle disposizioni degli artt. 38 e 48 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., è necessario firmare di fronte al funzionario incaricato o altrimenti allegare la fotocopia del documento di identità.