

**OGGETTO : Sussidio Assistenziale per
lungodegenza ospedaliera**

Il sottoscritto.....
nato a, il con C.F..... ,
residente in Via/Piazza n°
C.A.P. Comune Prov. Telefono
Indirizzo mail, dipendente dall'Azienda.....
chiede l'erogazione del sussidio assistenziale indicato in oggetto quale contributo alle spese sostenute durante il ricove-
ro avvenuto dalalpresso OSPEDALEper
CASA DI CURA

(indicare la persona: associato – coniuge - figlio):

allega i seguenti documenti:

a) fotocopia cartella clinica o altra certificazione attestante la degenza presso il citato luogo di cura.

Nel caso di sussidio richiesto per un familiare a carico sottoscrivere la dichiarazione come da modello allegato.

L'importo dell'eventuale sussidio concesso potrà essere corrisposto :

con bonifico bancario presso Banca _____ Ag. n° _____ Città _____

con le seguenti

coordinate :

IBAN n°

Paese	Check	Cin	ABI	CAB	Numero conto
(2 lett)	(2 cifre)	1 lett.	(Cinque cifre)	(Cinque cifre)	(Dodici cifre)
I	T				

Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).

Data

.....
(firma per esteso obbligatoria)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (Artt. 47 e 48 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

PER USO RICHIESTA SUSSIDIO ASSISTENZIALE LUNGODEGENZA OSPEDALIERA PER FAMILIARE A CARICO

(Come da deliberazione del Consiglio di Amministrazione A.N.D.S.A.I. del 16 Marzo 2001)

TESTO DELLA DICHIARAZIONE

Io sottoscritt _____ associato dell'A.N.D.S.A.I. alla data
del 31/12/202_ , nat_ a _____ il _____ residente in
Via\Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Fraz. _____ Comune _____ prov. _____ in relazione alla
richiesta allegata di sussidio per lungodegenza effettuata dal Coniuge _____,
Figlio/a _____ Cognome _____ Nome _____

consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76
D.P.R. 445/2000), dichiaro sotto la mia personale responsabilità che

coniuge - _____ - è con me convivente e non separata legalmente
Cognome _____ Nome _____

figlio/a - _____, nato a _____ il _____
Nome _____

non dispone di redditi annuali superiori ad € 2.840,51 e che per l'anno in corso è fiscalmente a mio carico.

Lo scrivente presta il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs 196/2003 in materia di protezione dei dati personali).

firma del familiare maggiorenne
interessato al consenso (Reg. UE 2016/679)

.....
(firma per esteso obbligatoria)

Allegare fotocopia della carta di identità dell'associato

A.N.D.S.A.I. o di un documento equipollente e trascrivere gli estremi: _____

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUITI
SULLA BASE DI UNA DICHIARAZIONE NON VERITIERA ED IN TAL CASO
L'A.N.D.S.A.I. AVRA' DIRITTO AL RIMBORSO DI QUANTO INDEBITAMENTE EROGATO.**

**ACCETTO IL CONTENUTO DELLA
PREDETTA AVVERTENZA**

Data
(firma per esteso obbligatoria)