

**MODELLO DI RICHIESTA DI INTERVENTO ASSISTENZIALE
SPAZIO RISERVATO AL RICHIEDENTE**

Forza Armata di appartenenza del richiedente:		In SPE		In quiescenza	
Il/la sottoscritto/a: (grado, cognome e nome)					
nato/a a:		il			
codice fiscale:					
residente a:		prov.			
in via/piazza/nr:		CAP			
e-mail istituzionale del richiedente:		tel.			
e-mail dell'Ente:	AEROSTORMO51.PMS@AERONAUTICA.DIFESA.IT	tel.	635-2108		
ente preposto al pagamento dell'eventuale sussidio	51° STORMO – SERVIZIO AMMINISTRATIVO ISTRANA				

(denominazione per esteso dell'Ufficio amministrativo che provvederà al pagamento)

CHIEDE la concessione di un sussidio e DICHIARA, sotto la sua responsabilità, che le notizie relative alla composizione del nucleo familiare e ai motivi che originano la domanda, riportate nella dichiarazione sostitutiva allegata a corredo della presente richiesta assistenziale, corrispondono al vero.

Ai sensi del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 autorizzo codesta Direzione Generale al trattamento dei dati sensibili esclusivamente ai fini della trattazione della pratica assistenziale.

(luogo e data di presentazione della domanda)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

SPAZIO RISERVATO AL COMANDANTE DI CORPO O DIRETTORE CHE ISTRUISCE LA PRATICA E INOLTRA LA RICHIESTA

A: PERSOMIL – III Reparto – Servizio Provvidenze

Tramite pec: persomil@postacert.difesa.it

**COMANDO 51° STORMO
SEZ. P.UMA.S.S.
ISTRANA**

(timbro dell'Ente)

OGGETTO: richiesta di intervento assistenziale.

A favore di: _____

VISTI i motivi che originano la richiesta ed ACCERTATE la validità, la veridicità nonché la completezza dei documenti allegati, si esprime parere favorevole sullo stato di bisogno del beneficiario evidenziando, se ritenuto opportuno, fatti e circostanze idonei a meglio valutare predetta istanza: FAVOREVOLE

(timbro e firma del Comandante/Direttore)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ
(art.38 comma 3, art. 47 commi 1 e 2 del D.P.R. n° 445 in data 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a: (grado, cognome e nome)			
nato/a a:		il	
codice fiscale:			
residente a:		prov.	
in via/piazza/nr:		CAP	

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 commi 1,2,3 del D.P.R. n° 445 in data 28 dicembre 2000)

DICHIARA

con riferimento all'istanza assistenziale, che oltre al sottoscritto il nucleo familiare di cui all'attestazione ISEE allegata si compone di:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Professione

Dichiara inoltre che:

- per le spese per cui si chiede il sussidio le persone sopra indicate (barrare le caselle di interesse):
 hanno presentato richiesta di rimborso a (*) _____
 ed hanno percepito € _____ (**);
 non hanno presentato e non presenteranno ulteriori richieste di rimborso;
 non percepiscono rimborsi dal proprio datore di lavoro;
 (*) (indicare gli organismi pubblici o privati) - (**) (indicare l'importo)
- i motivi che originano la domanda di assistenza sono (barrare la casella di interesse):

spese sanitarie	spese odontoiatriche	altro
spese funerarie	adozioni	
sussidio di solidarietà	particolare assistenza	
- i documenti di spesa allegati sono originali o conformi agli stessi, e sono regolarmente quietanzati;
- è separato/a legalmente e partecipa alle spese sanitarie per i figli nella misura del _____ %, effettua mensilmente il versamento di € _____ a titolo di mantenimento al coniuge/figli, come da stralcio della sentenza del Tribunale, allegata.

(luogo e data)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

RIEPILOGO DEI DOCUMENTI DI SPESA

Richiesta assistenziale presentata da	
---------------------------------------	--

N°	Data fattura in ordine cronologico	Nr. fattura	Causale della spesa	Intestatario	Importo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
				Totale pagato	

NOTE: _____

SPAZIO RISERVATO AL COMANDO/ENTE DI APPARTENENZA

**COMANDO 51° STORMO
SEZ. P.UMA.S.S.
ISTRANA**

(timbro dell'Ente)

Lo scrivente Ufficio ATTESTA di aver verificato la presenza di tutti i documenti sopra elencati, previa esibizione da parte del richiedente dell'originale o copia conforme degli stessi.

Copia di detti documenti sarà custodita, a cura di questo Ufficio, nel carteggio personale dell'interessato.

(timbro e firma del Comandante/Direttore)

RIEPILOGO DEI DOCUMENTI DI SPESA

Richiesta assistenziale del	
-----------------------------	--

Modello di richiesta di intervento assistenziale (all. A);

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (all. B);

Riepilogo dei documenti delle spese sostenute (all. C);

Documenti di spesa conformi all'originale;

Attestazione ISEE;

Certificato di morte del _____

Attestazione circa l'entità del rimborso previsto dal _____
 (datore di lavoro del componente il nucleo familiare, società assicuratrice, Ente pubblico o privato)

Attestazione per l'accertamento dei danni dell'evento da parte dell'Autorità preposta;

Relazione ufficiale dell'evento redatta dal Comandante di Corpo/Direttore che istruisce la pratica;

Attestazione del medico contenente la descrizione dettagliata dei lavori eseguiti, e dichiarazione che gli stessi non sono a fini estetici;

Stralcio sentenza di separazione con indicazione degli importi da corrispondere mensilmente per il mantenimento di coniuge e figli e percentuale di partecipazione alle spese sanitarie per i figli;

Altra documentazione da utilizzare per il conteggio;

(contrassegnare le caselle dei documenti trasmessi in allegato alla pratica assistenziale)

 (timbro e firma del Comandante/Direttore)