

Allegato B - Modulo richiesta sussidi

Società di Mutuo Soccorso per il personale
del Gruppo Intesa Sanpaolo
Piazza Paolo Ferrari 10
20121 Milano MI

Oggetto: richiesta di *SUSSIDI*

Cognome e nome del socio ordinario familiare

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

RESIDENZA (INDIRIZZO – COMUNE – CAP – PROVINCIA – STATO)

--

DOMICILIO (INDIRIZZO – COMUNE – CAP – PROVINCIA – STATO)

--	--

INDIRIZZO MAIL

RECAPITO TELEFONICO

In conseguenza di:

- ☐ certificazione medica rilasciata dalla competente Commissione medica ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- ☐ certificati medici, purché rilasciati da strutture pubbliche, dai quali risulti un'invalidità civile totale e permanente al 100%;
- ☐ sentenze del tribunale che pronunciano definitivamente la situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge n. 104 - 05.02.1992;
- ☐ certificati medici che comprovino lo stato di "cieco assoluto" ovvero lo stato di "sordo"
- ☐ disabilità (per i soli figli) certificate ai sensi dell'art. 3, comma 1, L. 104/92 e/o con fragilità comportamentali certificate dal medico specialista del S.S.N. o con questo convenzionato ovvero rilasciato da struttura accreditata, attestante la sussistenza del disturbo dell'apprendimento/comportamento;
- ☐ altra documentazione medica rilasciata da strutture pubbliche, attestante la presenza di malattie di particolare gravità

CHIEDE

☐ Per sé

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto della SoMS un sussidio pari a _____
(specificare se mensile, annuo, una tantum) per le sottoelencate motivazioni¹:

Allega alla presente domanda:

1. a scelta tra quelli indicati nell'elenco seguente:

- ☐ certificazione medica rilasciata dalla competente Commissione medica ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge n. 104/1992;
- ☐ certificati medici, purché rilasciati da strutture pubbliche, dai quali risulti un'invalidità civile totale e permanente al 100%
- ☐ sentenze del tribunale che pronunciano definitivamente la situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, Legge n. 104 - 05.02.1992.
- ☐ certificati medici che comprovino lo stato di "cieco assoluto" ovvero lo stato di "sordo"
- ☐ disabilità (per i soli figli) certificate ai sensi dell'art. 3, comma 1, L. 104/92 e/o con fragilità comportamentali certificate dal medico specialista del S.S.N. o con questo convenzionato ovvero rilasciato da struttura accreditata, attestante la sussistenza del disturbo dell'apprendimento/comportamento;
- ☐ altra documentazione medica rilasciata da strutture pubbliche, attestante la presenza di malattie di particolare gravità

2. documentazione relativa alle spese sostenute e/o da sostenere

3. autocertificazione dello stato di famiglia

4. attestazione ISEE e modulo DSU

5. altra documentazione utile

Il sottoscritto (o genitore/legale rappresentante), consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs., dichiara:

☐ che le spese sostenute o da sostenere non sono coperte da altre forme di copertura

☐ che le spese sostenute o da sostenere sono parzialmente coperte da altre forme di copertura (si allega relativa documentazione).

¹ La SoMS si riserva il diritto di verificare la congruità della somma richiesta

Il sottoscritto (o genitore/legale rappresentante) autorizza: **SI** ☐ **NO** ☐

- la SoMS, ai fini della valutazione della domanda di sussidio e della relativa istruttoria, a condividere con altri Enti Welfare e/o competenti strutture di Intesa Sanpaolo, i dati relativi alla propria posizione e a trattare i dati ricevuti;
- gli Enti Welfare e/o le competenti strutture di Intesa Sanpaolo, ai quali sono stati richiesti i propri dati personali, ivi inclusi i dati particolari di cui all'art. 9 del GDPR (ad esempio, dati sanitari), a comunicare alla SoMS tali informazioni ai fini della valutazione della domanda di sussidio, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

In caso di rifiuto la SoMS potrebbe non essere in grado di svolgere adeguatamente l'istruttoria.

Il sottoscritto (o genitore/legale rappresentante) chiede che l'eventuale importo concesso sia accreditato su c/c bancario intestato a:

--	--

COGNOME

NOME

--

RESIDENZA (INDIRIZZO – COMUNE – CAP – PROVINCIA – STATO)

--

DOMICILIO (INDIRIZZO – COMUNE – CAP – PROVINCIA – STATO)

IBAN

.....
(luogo e data)

.....
(firma)