

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 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 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).

Il sottoscritto (o genitore/legale rappresentante) è consapevole che

- la SoMS, ai fini della corretta istruttoria, si riserva il diritto di richiedere, se necessario, ad altri Enti Welfare e/o di Intesa Sanpaolo, ulteriore documentazione relativa alla posizione dei propri soci ordinari;

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

