Allegato C - Modulo richiesta contributi economici socialità e tempo libero

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

Oggetto: richiesta CONTRIBUTI ECONOMICI PER SOCIALITA' E TEMPO LIBERO

Io sottoscritto *(Cognome e nome del socio ordinario richiedente)*

_____

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

Società di Mutuo Soccorso
PER IL PERSONALE DEL GRUPPO
INTESA SANPAOLO

CHIEDE

☐ Per sé

☐ Per familiari conviventi (cognome e nome del familiare)

_____

Codice fiscale:

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATA E LUOGO DI NASCITA

INDIRIZZO MAIL | RECAPITO TELEFONICO

a sensi dell'art. 3 dello Statuto della SoMS un contributo economico pari a_____ a sostegno delle seguenti spese[1]:

☐ Attività sportiva

☐ Centro estivo

☐ Ausilio informatico

☐ Ausilio sportivo

☐ Altro (specificare)

_____
_____
_____
_____
_____

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"

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

☐ 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
5. altra documentazione utile

per gli ausili informatici e sportivi

6. prescrizione medica che attesti la necessità dell'ausilio in relazione alla disabilità, il collegamento funzionale tra menomazione e ausilio e la sussistenza dei requisiti previsti dall'art. 2, comma 2, del Decreto 14 marzo 1998 (G.U. n. 77 del 2 aprile 1998);
7. fattura di acquisto che deve riportare il codice fiscale del beneficiario, l'indicazione dell'aliquota IVA al 4% applicata ai sensi del D.M. 14 marzo 1998 e la descrizione del bene coerente con la prescrizione.

Il sottoscritto, 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, tenuto conto dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento dei suoi dati personali per lo svolgimento delle ordinarie attività della SoMS e alla comunicazione degli stessi, ivi inclusi quelli relativi alle categorie particolari (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute), ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di valutazione della richiesta di contributo economico e della relativa istruttoria:

☐ Presta il consenso

☐ Nega il consenso

Il sottoscritto è consapevole che, in caso di diniego, la SoMS potrebbe non essere in grado di svolgere adeguatamente l'istruttoria.

Il sottoscritto chiede che l'eventuale importo concesso sia accreditato su c/c bancario intestato a:

Società di Mutuo Soccorso
PER IL PERSONALE DEL GRUPPO
INTESA SANPAOLO

COGNOME NOME

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

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

IBAN ☐☐ ☐☐ ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

…… ……

(luogo e data) (firma)