All’Ispettorato Nazionale del Lavoro

beneficiassistenzialiinl@ispettorato.gov.it

**Oggetto: Richiesta di sussidio per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare i dati di chi richiede il sussidio (il dipendente o in caso di decesso il coniuge, il convivente o il figlio/a carico)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

nato/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIPENDENTE IN SERVIZIO** nell’area \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fascia retributiva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso:

❑Direzione centrale ❑ILL ❑ITL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EX DIPENDENTE** (da compilare solo ed esclusivamente in caso di richiesta per spese funebri del dipendente deceduto in servizio)

Domanda presentata da: ❑Coniuge ❑Convivente (ai sensi Legge 76/2016) ❑Figlio/a carico del deceduto

Nominativo del dipendente deceduto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede di servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chiede che venga concessa l’erogazione del sussidio per le spese dell’anno in oggetto e allega i documenti giustificativi conformi all’originale, suddivisi per tipologia e per l’importo complessivo a fianco indicato:

|  |  |
| --- | --- |
| **Eventi e tipologie di spese** | **Importo complessivo dei giustificativi presentati** |
| 1. Spese sanitarie
 | Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Spese funebri
 | Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Spese straordinarie e impreviste
 | Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Dichiara ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.**

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti e della conseguente decadenza dai benefici in argomento, oltre alla restituzione degli importi ricevuti (artt. 75 e 76 d.P.R. n.445/2000 e s.m.i.)

Stato civile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Coniugato, Celibe/Nubile, Vedovo/a, Libero/a da precedenti matrimoni, Convivente)

* che le spese inserite nell’allegato 1 non sono state oggetto in tutto o in parte di rimborsi provenienti da polizze assicurative;
* che il coniuge o convivente di fatto o parte dell’unione civile non ha presentato analoga richiesta di sussidio al proprio datore di lavoro;
* che gli importi inseriti nell’allegato 1 sono al netto di rimborsi/detrazioni eventualmente già ottenuti in sede di dichiarazione dei redditi;
* dichiara che non è stato in posizione di comando o altra posizione di stato presso altre Amministrazioni, per un periodo superiore a sei mesi nell’anno oggetto del sussidio;
* dichiara che le copie dei documenti fiscali, dei quali è obbligatoria la conservazione, elencati nell’Allegato 1 sono conformi all’originale.

Dichiara che il nucleo familiare del dipendente nell’anno in cui si chiede il sussidio era il seguente:

(compilare **solo se** **diverso** da quello dell’attestazione ISEE; fare riferimento alle “istruzioni per la compilazione ISEE-nucleo familiare”)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome e nome** | **Luogo di nascita** | **Data nascita** | **Parentela** |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Elenco dei documenti da allegare in PDF alla presente domanda (**obbligatori**):

* Attestazione ISEE (vedi Circolare Prot. 18908 del 5 novembre 2021)
* Documento di identità valido
* Documenti giustificativi di spesa suddivisi per tipologie di spese
* Elenco dei documenti giustificativi presentati datato e firmato (Allegato 1, modello Excel convertito Pdf, inoltrato con la Circolare)
* File di Excel dell’elenco dei documenti giustificativi presentati (Allegato 1, modello Excel inoltrato con la Circolare)

Altri eventuali documenti (da presentare solo per richieste delle tipologie di spesa di cui ai punti 2) e 3)):

* Relazione esplicativa comprovante il grave disagio economico per spese straordinarie e impreviste
* Allegati richiesti per i casi specifici previsti nelle “Spese straordinarie e impreviste”
* Dichiarazione sostitutiva del certificato di morte (Allegato 2)

Al personale in servizio l’importo spettante sarà corrisposto in busta paga.

Negli altri casi le somme concesse verranno accreditate sul conto del richiedente al seguente IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

“Dichiaro di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679, che l'Ispettorato tratterà i dati necessari alla gestione della presente istanza con le modalità indicate nell'informativa, da me visionata, della Circolare INL attuativa dell’art. 4 dell’Accordo integrativo del 14 settembre 2021 per gli anni 2019 e 2020.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente