

Domanda cluster 3 – figli

FONDO DI SOLIDARIETA' ATTIVATO DALLA FNOPI “#NoiConGliInfermieri”

DOMANDA DI BENEFICIO “INFERMIERI DECEDUTI” AVANZATA DAL FIGLIO

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ___/___/_____
residente a _____, Via/Piazza _____, n. _____,
recapito PEC _____ recapito e-mail _____
recapito telefonico _____
Codice Fiscale _____

In qualità di figlio dell'infermiere deceduto

Nome e cognome _____
nato/a a _____ (____) il ___/___/_____
deceduto/a a _____ (____) il ___/___/_____
Già iscritto all'OPI di _____

Dichiara che il proprio genitore è deceduto a causa del COVID - 19 e pertanto

CHIEDE

di poter accedere al beneficio previsto dalla FNOPI per “INFERMIERI DECEDUTI” che prevede **un contributo di euro 15.000,00 maggiorato di euro 5.000,00 per ciascun figlio (che alla data del decesso non abbia compiuto i 26 anni)**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA

- che il genitore deceduto non era coniugato

Ovvero

- che il genitore deceduto era vedovo dal _____

Ovvero

- che il genitore deceduto era divorziato dal _____

- che il genitore al momento del decesso aveva i seguenti figli:

- _____ nato a _____ il _____ di anni _____
- _____ nato a _____ il _____ di anni _____
- _____ nato a _____ il _____ di anni _____
- _____ nato a _____ il _____ di anni _____

- di presentare la presente domanda anche a nome dei propri fratelli/sorelle

Figlio (nome e cognome) _____
nato/a a _____ (____) il ___/___/_____
residente a _____, Via/Piazza _____, n. _____,
recapito PEC _____ telefonico _____
Codice Fiscale _____

Figlio (nome e cognome) _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
residente a _____, Via/Piazza _____, n. _____,
recapito PEC _____ recapito e-mail _____
telefonico _____
Codice Fiscale _____

Figlio (nome e cognome) _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/_____
residente a _____, Via/Piazza _____, n. _____,
recapito PEC _____ recapito e-mail _____
telefonico _____
Codice Fiscale _____

Fratelli che controfirmano la presente domanda facendola propria ad ogni effetto e conseguenza di legge e chiedono di voler ricevere il presente beneficio economico a mezzo unico bonifico bancario sul conto corrente bancario IBAN _____ intestato a _____

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente domanda non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto e che la FNOPI procederà al controllo dei dati dichiarati e alla acquisizione dell'eventuale ulteriore documentazione necessaria.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare che, successivamente al controllo di regolarità amministrativa della domanda la FNOPI procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto a mezzo bonifico bancario entro 30 giorni dalla positiva verifica di regolarità amministrativa.

Il/La sottoscritto/a autorizza la FNOPI al trattamento dei dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda i seguenti documenti dichiarando che la copia è conforme all'originale in suo possesso:

- il certificato di decesso del coniuge/convivente
- certificato medico attestante la causa del decesso da COVID-19

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda la fotocopia di un documento in corso di validità di chi presenta la domanda e di tutti i figli del de cuius.

Data

Firma del presentatario della domanda

Firma di tutti i figli

La FNOPI si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

Per informazioni e chiarimenti si può contattare la FNOPI al numero dedicato 0646200147