

# AMMISSIONE AI SOGGIORNI IN SOSTITUZIONE DI RINUNCIATARI

A: PERSOCIV - 3° REP. 6^ DIV.

Servizio Assistenza e Benessere del Personale  
 Viale dell'Università, 4 - 00185 - ROMA  
 e-mail: persociv@persociv.difesa.it  
 postacert: persociv@postacert.difesa.it

Oggetto: Basi logistiche nazionali. Richiesta di ammissione in sostituzione di eventuali rinunciatari.

## Estremi del richiedente

Cognome _____	Nome _____	Data di nascita _____																						
CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">In servizio</td> <td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">In quiescenza</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Coniuge superstite di dipendente o di ex dipendente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	In servizio	<input type="checkbox"/>	In quiescenza	<input type="checkbox"/>	Coniuge superstite di dipendente o di ex dipendente	<input type="checkbox"/>
In servizio	<input type="checkbox"/>																							
In quiescenza	<input type="checkbox"/>																							
Coniuge superstite di dipendente o di ex dipendente	<input type="checkbox"/>																							

## Estremi dell'ex dipendente civile

Cognome _____	Nome _____	Data di nascita _____
---------------	------------	-----------------------

Ente di servizio (se in quiescenza indicare l'ultimo Ente di servizio) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a chiede di poter essere ammesso/a, in sostituzione di eventuali rinunciatari, ad uno dei seguenti soggiorni in ordine di priorità:

PRIORITA'	LOCALITA'	CODICE LOCALITA'	TURNO	TURNO BREVE (indicare il periodo)
1				
2				
3				

Numero \_\_\_\_\_ stanza/e con complessivi numero \_\_\_\_\_ letti così distribuiti:

1^ stanza con n° letti \_\_\_\_\_

2^ stanza con n° letti \_\_\_\_\_

## PERSONE PER LE QUALI SI CHIEDE L'AMMISSIONE AL SOGGIORNO

N°	COGNOME E NOME	Data di nascita	Dipendente Difesa (barrare la casella con la X)	Relazione di parentela con il richiedente: Coniuge, Figlio/a, Familiari, Convivente more-uxorio (solo se presenti nello stato di famiglia)
1	RICHIEDENTE		X	//////////
2				
3				
4				
5				

Si allega la dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante lo stato di famiglia (per coloro che non hanno prodotto precedente domanda).

Recapito Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del richiedente

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Rilasciata ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445. "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/la sottoscritto/a ..... nat ..... ( )  
 il ..... residente a ..... ( ) in Via .....  
 ..... n° ..... C.A.P. ...., consapevole delle responsabilità penali stabilite  
 dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

**D I C H I A R A**

**1** che il/la sottoscritto/a si trova in una delle seguenti condizioni (barrare con **X** la casella che interessa)

a) dipendente civile **in servizio** del Ministero della Difesa;

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

b) ex dipendente civile **in quiescenza** del Ministero della Difesa;

c) vedovo/a di dipendente o di ex dipendente civile del Ministero della Difesa di seguito indicato:

Nome ..... Cognome ..... Data di nascita .....

**2** che all'Anagrafe del Comune di ..... (.....) risulta registrato il proprio stato di famiglia di seguito indicato:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Codice fiscale
1		Dichiarante	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Luogo e data della dichiarazione .....

**IL DICHIARANTE**

.....  
 (firma per esteso da non autenticare)

**Le dichiarazioni rese sono soggette a controllo. Alla difformità riscontrata rispetto alle risultanze dei registri anagrafici conseguirà obbligatoriamente:**

- 1) la decadenza dal beneficio richiesto;
- 2) la segnalazione all'autorità giudiziaria per false dichiarazioni.