

| RISERVATO A PERSOCIV |  |       |  |
|----------------------|--|-------|--|
| POSIZIONE            |  | ESITO |  |
|                      |  |       |  |

### 1. A CURA DEL RICHIEDENTE

(se il richiedente è in pensione la presente deve essere inviata direttamente a Persociv, se il richiedente è in servizio, la stessa deve essere inviata a Persociv tramite l'ente di servizio)

#### **AL MINISTERO DELLA DIFESA**

*DIREZIONE GENERALE PER IL PERSONALE CIVILE  
3° Reparto - 6^ Divisione - Serv. Assistenza e Benessere del Personale  
Viale dell'Università, 4 - 00185 - ROMA*

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a ..... ( ) il .....  
residente a ..... ( ) in Via/Piazza .....  
..... n° ..... CAP .....  
eventuali recapiti privati: telefono: ..... cellulare: .....  
(facoltativo) fax: ..... e-mail .....

### CHIEDE la concessione di un sussidio.

luogo e data ..... Firma .....

### 2. A CURA DELL'ENTE IN CUI IL RICHIEDENTE PRESTA SERVIZIO

*(da compilare solo per il personale in servizio)*

.....  
(Timbro lineare dell'Ente)

|   |
|---|
| area  |
| (scrivere una delle seguenti<br>diciture: SMD, SME, SMM, SMA,<br>CC, BLD,SGD) |

Prot. n° ..... data .....

Denominazione estesa .....

Denominazione telegrafica ..... Via/Piazza .....

..... n° ..... cap ..... Città ..... ( )

tel. .... fax ..... e-mail .....

#### **AL MINISTERO DELLA DIFESA**

*DIREZIONE GENERALE PER IL PERSONALE CIVILE  
3° Reparto - 6^ Divisione - Servizio Provvidenze del Personale  
Viale dell'Università, 4 - 00185 - ROMA*

### Oggetto: richiesta di sussidio.

Si trasmette la domanda con la quale il dipendente sopra indicato, in servizio presso questo Ente, chiede la concessione di un sussidio. Vista la documentazione originale in possesso dell'interessato, se ne trasmette copia autenticata a cura dell'Ufficio. Eventuali certificati medici sono annessi in originale.

*(timbro e firma del titolare dell'Ente)*

### 3 MOTIVO DELLA RICHIESTA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

CHIEDE la concessione di un sussidio a fronte delle spese sostenute per se stesso e/o per il coniuge e/o per altro familiare fiscalmente a carico, ovvero, in caso di spese funebri, per i genitori o i suoceri. (**D** = dichiarante;

**C** = coniuge; **G** = genitore o suocero; **F** = figlio ; **A** = altro):

nome e cognome \_\_\_\_\_ relazione di parentela

nome e cognome \_\_\_\_\_ relazione di parentela

nome e cognome \_\_\_\_\_ relazione di parentela

|          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>D</b> | <b>C</b> | <b>G</b> | <b>F</b> | <b>A</b> |
| <b>D</b> | <b>C</b> | <b>G</b> | <b>F</b> | <b>A</b> |
| <b>D</b> | <b>C</b> | <b>G</b> | <b>F</b> | <b>A</b> |

301 in qualità di dipendente civile della Difesa in servizio o in pensione (barrare la casella)

302 in qualità di familiare superstite (vedovo/a o figlio/a) di dipendente o di ex dipendente civile deceduto, avente diritto alla pensione di reversibilità (barrare la casella)

303 in qualità di TUTORE di familiare superstite di dipendente civile deceduto, titolare di pensione di reversibilità (barrare la casella e allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

per i seguenti motivi (barrare le caselle di interesse)

304 spese mediche

305 spese per prestazioni odontoiatriche

306 spese funebri

307 spese per lenti e/o occhiali

308 spese per apparecchi acustici

309 protesi in genere

310 furto con scasso o rapina

311 ~~FURTO~~ incendio

312 sfratto non dovuto a morosità

313 altro (indicare il motivo della richiesta):

### 4 DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (segue al successivo punto 5 di pagina 4)

~~313~~ **313** (barrare la casella di interesse)

40 certificato/i medico che attesta l'indispensabilità delle cure (barrare la casella)

41 denuncia di furto presentata in data

presso \_\_\_\_\_

42 qualsiasi altro documento utile per la richiesta di sussidio (segue distinta con breve descrizione)

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

| numero | data |    |    | documentazione rilasciata da: | documentazione attestante la seguente situazione |
|--------|------|----|----|-------------------------------|--|
|        | gg   | mm | aa |                               |  |
| 420    |      |    |    |                               |  |
| 421    |      |    |    |                               |  |
| 422    |      |    |    |                               |  |
| 423    |      |    |    |                               |  |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(Rilasciata ai sensi dell'art. 47 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 e delle pene stabilite  
 dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

**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;
- b) ex dipendente civile **in quiescenza** del Ministero della Difesa;
- c) familiare superstite con diritto a pensione di reversibilità 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 | Data di nascita | Rapporto di parentela | Codice fiscale |
|----------------|-----------------|-----------------------|----------------|
| 1              |                 | Dichiarante           |                |
| 2              |                 |                       |                |
| 3              |                 |                       |                |
| 4              |                 |                       |                |
| 5              |                 |                       |                |
| 6              |                 |                       |                |
| 7              |                 |                       |                |
| 8              |                 |                       |                |

**5** che il seguente familiare ..... è deceduto in data .....

Luogo e data della dichiarazione .....

**IL DICHIARANTE**

(firma per esteso da non autenticare)

Documento di riconoscimento che **allega in fotocopia** : Tipo ..... n° .....

rilasciato da ..... il ..... validità fino a .....

I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente dal Ministero della Difesa per ..... Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs 30.6.2003,n.196 l'interessato potrà accedere ai dati che lo riguardano chiedendone la correzione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

**5 segue DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

50 documenti che attestano la spesa (fatture, biglietti di viaggio, ricevute fiscali, ecc...) come da sottostante elenco, **autenticati per copia conforme all'originale dall'Ente di servizio:**

|   | numero<br>fattura | data fattura |    |    | fattura rilasciata da: |                              | importo (in<br>Euro)          |            |
|---|-------------------|--------------|----|----|------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------|
|   |                   | gg           | mm | aa | nome o ragione sociale | partita iva o codice fiscale |                               |            |
| 501   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 502   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 503   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 504   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 505   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 506   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 507   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 508   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 509   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 510   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 511   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 512   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 513   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 514   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 515   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 516   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 517   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 518   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 519   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 520   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 521   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 522   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 523   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 524   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 525   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| 526   |                   |              |    |    |                        |                              | ,00                           |            |
| <b>in caso di spazio insufficiente utilizzare un'altra pagina</b> |                   |              |    |    |                        |                              | <b>totale spese sostenute</b> | <b>,00</b> |

RICHIESTA DI ACCREDITO BANCARIO

il sottoscritto \_\_\_\_\_

dependente civile del Ministero della Difesa in servizio presso:

|      |  |       |  |           |  |
|------|--|-------|--|-----------|--|
| ente |  | città |  | provincia |  |
|------|--|-------|--|-----------|--|

ovvero, in pensione (ultima sede di servizio):

|      |  |       |  |           |  |
|------|--|-------|--|-----------|--|
| ente |  | città |  | provincia |  |
|------|--|-------|--|-----------|--|

in relazione alla seguente domanda di beneficio assistenziale presentata in data:

|   | gg | mm | aaaa |
|---|----|----|------|
| sussidio  |    |    |      |
| contributo per elevazione culturale                           |    |    |      |
| borsa di studio (scuole secondarie) a.s. 20...../20.....      |    |    |      |
| borsa di studio (conservatori di musica) a.a. 20...../20..... |    |    |      |

CHIEDE

che in caso di concessione del beneficio assistenziale sopra indicato, lo stesso sia direttamente accreditato sul conto corrente della banca o delle poste italiane di cui fornisce le coordinate IBAN:

|              |                     |     |     |     |                       |
|--------------|---------------------|-----|-----|-----|-----------------------|
| codice paese | codice di controllo | CIN | ABI | CAB | numero conto corrente |
|--------------|---------------------|-----|-----|-----|-----------------------|

luogo e data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

si dichiara che il Sig./Sig.ra.....  
è dipendente civile della difesa in servizio presso.....  
luogo e data .....

il capo dell'ufficio  
.....