

**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<sup>a</sup> Divisione - 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 \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

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 diciture: SMD, SME, SMM, SMA, 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<sup>a</sup> Divisione - Assistenza e Benessere 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.

(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):

<b>Nome e cognome</b> _____	Relazione di parentela	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>G</b>	<b>F</b>	<b>A</b>
<b>Nome e cognome</b> _____	Relazione di parentela	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>G</b>	<b>F</b>	<b>A</b>
<b>Nome e cognome</b> _____	Relazione di parentela	<b>D</b>	<b>C</b>	<b>G</b>	<b>F</b>	<b>A</b>

- |    |   |                          |
|----|---|--------------------------|
| 1. | in qualità di dipendente civile della Difesa in servizio o in pensione (barrare la casella)   | <input type="checkbox"/> |
| 2. | 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)               | <input type="checkbox"/> |
| 3. | 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) | <input type="checkbox"/> |

per i seguenti motivi (barrare le caselle di interesse)

- |    |                                      |                          |     |   |                          |
|----|--------------------------------------|--------------------------|-----|---|--------------------------|
| 4. | Spese mediche                        | <input type="checkbox"/> | 9.  | Protesi in genere                           | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Spese per prestazioni odontoiatriche | <input type="checkbox"/> | 10. | Furto con scasso o rapina                   | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Spese funebri                        | <input type="checkbox"/> | 11. | Calamità naturali o incendio                | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Spese per lenti e/o occhiali         | <input type="checkbox"/> | 12. | Sfratto non dovuto a morosità               | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Spese per apparecchi acustici        | <input type="checkbox"/> | 13. | Altro (indicare il motivo della richiesta): | <input type="checkbox"/> |

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

### 4. DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Autenticata per copia conforme all'originale (barrare la casella di interesse)

- |    |   |                          |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Certificato/i medico che attesta l'indispensabilità delle cure (barrare la casella)                 | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Denuncia di furto presentata in data _____ presso _____   | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Qualsiasi altro documento utile per la richiesta di sussidio (segue distinta con breve descrizione) | <input type="checkbox"/> |

numero	data			documentazione rilasciata da	documentazione attestante la seguente situazione
	gg	mm	aa		



## 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 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
 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

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

- 1. dipendente civile **in servizio** del Ministero della Difesa;
- 2. ex dipendente civile **in quiescenza** del Ministero della Difesa;
- 3. 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 \_\_\_\_\_

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			

che il seguente familiare \_\_\_\_\_ è deceduto in data \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

Luogo e data della dichiarazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (firma per esteso da non autenticare)

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

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ validità fino a \_\_\_\_\_



**Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016  
del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo alla protezione delle persone fisiche  
con riguardo al trattamento dei dati personali**

1. La presente informativa è resa, ai sensi del Regolamento Generale per la Protezione dei Dati UE n.679/2016, per coloro che intendono ricevere il beneficio assistenziale.
2. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per l'espletamento delle attività istruttorie connesse con la suddetta procedura, con l'avvertenza che il mancato consenso al trattamento dei dati personali costituisce impedimento allo svolgimento delle stesse.
3. In relazione al trattamento dei dati si comunica che:
  - a) il Titolare del trattamento è la Direzione Generale per il Personale Civile con sede in Roma, Viale dell'Università n. 4;  
indirizzo di posta elettronica: [persociv@persociv.difesa.it](mailto:persociv@persociv.difesa.it);  
posta elettronica certificata: [persociv@postacert.difesa.it](mailto:persociv@postacert.difesa.it);
  - b) il Responsabile per la protezione dei dati personali può essere contattato ai seguenti recapiti e-mail: [rpd@rpd.difesa.it](mailto:rpd@rpd.difesa.it), indirizzo di posta elettronica certificata: [rpd@postacert.difesa.it](mailto:rpd@postacert.difesa.it), come reso noto sul sito istituzionale [www.difesa.it](http://www.difesa.it);
  - c) la finalità del trattamento è la concessione del sussidio la cui base giuridica è l'art. 38 della Costituzione, gli artt. 1830 e 1831 del D.Lgs. 66/2010 e l'art.1042 del D.P.R. n. 90/2010;
  - d) i dati potranno essere comunicati alle Amministrazioni pubbliche interessate allo svolgimento dell'attività amministrativa ai sensi della normativa vigente;
  - e) l'eventuale trasferimento dei dati ha luogo ai sensi delle disposizioni previste dal Regolamento, di cui all'articolo 49, paragrafo 1, lettera d) e paragrafo 4, laddove consentito ai sensi degli articoli da 1053 a 1075 del D.P.R. n. 90/2010;
  - f) il periodo di conservazione dei dati è previsto sino al conseguimento della finalità per cui sono trattati, ivi compresa la tutela degli interessi dell'Amministrazione della difesa presso le competenti sedi giudiziarie;
  - g) l'eventuale reclamo potrà essere proposto all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, in qualità di Autorità di controllo, con sede in Piazza di Montecitorio n. 121 - 00186 Roma, indirizzi e-mail: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it); [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it);
  - h) i dati personali sono stati ottenuti dai rispettivi Enti di servizio, soggetti diversi dall'interessato ai sensi dell'art. 14 del Regolamento;
  - i) agli interessati sono riconosciuti i diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del citato Regolamento, tra i quali il diritto di accedere ai dati che li riguardano, il diritto di rettificare, aggiornare, completare, cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi al loro trattamento. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti della Direzione Generale per il Personale Civile, Titolare del trattamento.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, letta l'informativa che precede e, preso atto del relativo contenuto, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nelle modalità e per le finalità sopra descritte.

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

Firma \_\_\_\_\_