

DICHIARA

di essere dipendente del MIM con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___
in servizio presso _____
con qualifica di _____

oppure:

di essere stato/a dipendente del MIM in servizio presso _____
_____ con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data ___/___/_____

oppure:

di essere familiare di _____ già dipendente del
MIM, in servizio presso _____ con la
qualifica di _____ fino al ___/___/_____ deceduto il
___/___/_____ a _____

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2024;
- che le spese per cure mediche e di degenza, relativamente ad un'unica malattia riferita a patologie gravi, sostenute nell'anno 2024 ammontano complessivamente a € _____;
- che le spese funerarie per decesso di _____ sostenute nell'anno 2024 ammontano complessivamente a € _____.

Il/La sottoscritt ___ dichiara inoltre che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2025 (anno imposta 2024);

Il/La sottoscritt ___ dichiara espressamente che non sussistono, né da parte sua né da parte di altri familiari, analoghe richieste inoltrate, per gli stessi eventi, ad altre Amministrazioni, Enti, Società e Assicurazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Allega:

- attestazione dell'I.S.E.E. anno corrente;
- originali o copie dichiarate conformi all'originale sotto la propria responsabilità, dei documenti giustificativi della spesa sostenuta; tali documenti dovranno essere intestati al soggetto richiedente o a uno dei componenti del nucleo familiare;
- autocertificazione attestante il decesso del dipendente o del familiare di cui all'art. 4 e relativa documentazione giustificativa di spesa;
- documentazione medica comprovante la grave patologia e relativa documentazione giustificativa della spesa;
- copia fotostatica del codice fiscale del richiedente;
- copia fotostatica del documento di identità del richiedente

Il/La sottoscritt_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

- conto corrente bancario n° _____ intestato al ___
sottoscritt_ Banca _____ Agenzia di

Codice IBAN _____

- conto corrente postale n° _____ intestato al ___
sottoscritt_ Ufficio Postale di _____

Codice IBAN _____

Il/la sottoscritt_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara che i dati forniti nella presente dichiarazione sono veritieri.

_____, __/__/____

Firma