

FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
SETTORE FINANZE (www.fondoprevidenzafinanze.it)
Via Luigi Ziliotto, 31 - 00143 Roma
(tel. 065439311; fax n. 065413684)

CIRCOLARE n. 1/2009 - Prot. n. 2009/11496

Oggetto: Criteri di erogazione, per l'anno 2009 dell'indennità di cessazione dal servizio, delle anticipazioni e delle sovvenzioni, contributi ed altre prestazioni assistenziali. I criteri contenuti nella presente circolare decorreranno dalla data di pubblicazione sul sito del Fondo.

INDICE

1. Indennità di cessazione dal servizio pag. 2
2. Anticipazioni sull'indennità di cessazione dal servizio pag. 5
3. Sovvenzioni, contributi ed altre prestazioni assistenziali pag. 6
4. Tempi di liquidazione e di eventuale riesame delle pratiche pag. 13
5. Informazioni – Trattamento dei dati sensibili pag. 14
6. Nuova modulistica allegata pag. 16 e ss.

PREMESSA

La presente circolare detta le istruzioni per la richiesta delle prestazioni fornite dal Fondo e i conseguenti adempimenti relativi alla liquidazione, sulla base dei **criteri definiti, per l'anno 2009**, dal Consiglio di Amministrazione nelle sedute del 22 dicembre 2008, del 30 gennaio e del 27 marzo 2009.

Detti criteri decorrono dalla data di pubblicazione della circolare sul sito del Fondo.

Le richieste possono essere inoltrate al Fondo secondo le seguenti modalità:

Modalità di presentazione delle istanze

- **per il tramite dell'Ufficio di appartenenza**, in tale caso la data di presentazione sarà quella di protocollo dell'Ufficio;
- **per raccomandata**, in questa ipotesi farà fede la data del timbro postale;
- **per posta ordinaria o presentazione diretta al Fondo**, sarà considerata la data di protocollo di ricezione.

Non è ammessa la presentazione di richieste via fax, né con detto mezzo possono essere inviati i documenti che devono sempre essere allegati alle istanze in originale, quali ad esempio: fatture, scontrini, ecc....

1. INDENNITA' DI CESSAZIONE DAL SERVIZIO

(MODELLO A e B)

L'art. 6 del regolamento del Fondo (D.P.R. 21 dicembre 1984, n. 1034) prevede che l'iscritto al Fondo, all'atto della cessazione dal servizio, benefici di un'indennità aggiuntiva a quella principale, da corrispondersi in

Calcolo del periodo di servizio

relazione al numero degli anni resi al servizio dell'Amministrazione finanziaria. Detto periodo è calcolato dalla data di effettiva immissione in servizio alla data di effettiva cessazione, ivi comprese le assenze valutabili ai fini della pensione e considerando per intero solamente la frazione di anno superiore a sei mesi.

Al personale dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato l'indennità è riconosciuta solo a decorrere dal 1° maggio 1994.

La quota dell'indennità è determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione, è applicata per tutti gli anni di servizio ed è uguale per tutti gli iscritti.

Entro trenta giorni dalla data di cessazione, l'Amministrazione di appartenenza dell'iscritto deve trasmettere alla Segreteria del Fondo la scheda dei servizi del dipendente (**MODELLO A**) e i necessari allegati.

Al fine di accelerare le operazioni di liquidazione, l'iscritto invia (anche tramite fax) copia del prospetto di liquidazione dell'INPDAP con l'aliquota fiscale applicata, nonché le coordinate bancarie o postali (codice IBAN). Nel caso queste non venissero indicate, il Fondo effettua il pagamento a mezzo assegno bancario non trasferibile, intestato al beneficiario ed inviato al capo dell'ufficio dell'ultima sede di servizio dell'iscritto.

Nell'ipotesi in cui l'iscritto abbia ottenuto un'anticipazione dell'indennità (v. paragrafo successivo), l'importo della prestazione viene liquidato sottraendo l'ammontare dell'anticipazione erogata, aumentata degli interessi semplici (tasso legale fino al 31.12.2002 e, successivamente, tasso del 2,5%) calcolati su base annua dalla data di

*Obblighi
dell'amministra-
zione di
appartenenza*

*Facoltà
dell'iscritto*

*Calcolo
dell'indennità
nel caso di
anticipazione*

corresponsione dell'anticipazione fino al momento di effettiva cessazione dal servizio.

Gli iscritti che abbiano già percepito un'indennità dai soppressi fondi di previdenza di settore (presenti nel Ministero delle Finanze fino al 17 maggio 1981), presentando l'allegato **MODELLO B**, possono chiedere, a

pena di decadenza, entro la data di cessazione dal servizio, la valutazione complessiva del periodo prestato presso l'Amministrazione finanziaria. In tale caso dall'indennità viene detratto l'ammontare già percepito, maggiorato degli interessi semplici calcolati secondo le modalità previste per le anticipazioni (v. sopra).

Al dispensato dal servizio per motivi di salute senza diritto a pensione spetta un'indennità aumentata del 50%, sino ad un massimo di 40 annualità.

In caso di morte dell'iscritto in attività di servizio, il diritto all'indennità sorge al momento del decesso e spetta ai soggetti indicati all'art. 8 del regolamento del Fondo, secondo l'ordine di precedenza ivi stabilito.

Nel solo caso di coniuge superstite e/o figli, l'indennità viene corrisposta convenzionalmente per 40 anni di servizio o per la maggiore anzianità conseguita.

I beneficiari devono produrre documentazione o autocertificazione resa a norma del DPR 445/2000, dalla quale risulti il possesso dei requisiti previsti dal citato art. 8.

Liquidazione di indennità da fondi soppressi; domanda e calcolo dell'ammontare

Dispensa dal servizio

Morte dell'iscritto e beneficiari

**2. ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE DAL
SERVIZIO**
(MODELLO C, D, E ed E1)

L'anticipazione sull'indennità di cessazione dal servizio viene corrisposta su richiesta degli iscritti che abbiano almeno cinque anni di anzianità effettiva e può essere ottenuta una sola volta nel corso del rapporto di lavoro.

Anzianità minima richiesta, quota annuale e modalità di calcolo

Per il 2009, la quota è confermata, in € 550,00 per ogni anno di servizio prestato nell'Amministrazione finanziaria (valutando per intero la frazione di anno superiore a sei mesi). Per i dipendenti dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato viene corrisposta computando il servizio dal 1° maggio 1994.

L'iscritto, assunto prima del 17 maggio 1981, deve produrre il **MODELLO C**, in cui dichiara di aver percepito o meno un'indennità di fine rapporto dai pregressi Fondi o di aver prestato servizio quale impiegato delle imposte di consumo, del lotto ovvero come copista ipotecario.

Obblighi per gli iscritti assunti prima del 17 maggio 1981

Le anticipazioni possono essere richieste nei casi di documentato e grave bisogno finanziario e vengono concesse, seguendo il criterio cronologico delle domande.

Casi in cui può essere chiesta l'anticipazione

L'importo dell'anticipazione, maggiorato degli interessi semplici, sarà detratto dall'indennità dovuta alla cessazione dal servizio seguendo le modalità indicate nel precedente paragrafo.

Somma da detrarre dall'indennità di cessazione dal servizio

L'ammontare degli interessi dovuti non potrà mai superare, comunque,

Interessi massimi dovuti

l'importo dell'anticipazione.

Per richiedere l'anticipazione, l'iscritto deve presentare l'apposito **MODELLO D** ed unire o l'attestato di servizio rilasciato dall'Ufficio di appartenenza, redatto secondo il previsto **MODELLO E**, oppure il **MODELLO E/1**, qualora il dipendente intenda autocertificare la propria posizione.

L'istanza, inoltre, deve essere corredata della documentazione, non anteriore ai due anni dalla data di presentazione della stessa, dell'onere per il quale viene chiesta l'anticipazione (ad. es. copia dell'atto di compravendita o di compromesso, delle fatture e/o dei preventivi per spese sanitarie, di quietanze di debiti estinti o di idonea documentazione di debiti da estinguere, etc...).

Per una più celere corresponsione della somma richiesta (accredito diretto), è necessario riportare nella domanda gli estremi delle coordinate bancarie o postali (codice IBAN).

Modalità di presentazione della richiesta

Documentazione da allegare

3. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI ED ALTRE PRESTAZIONI

ASSISTENZIALI

(MODELLO F, G M e Z)

Il Fondo di previdenza corrisponde sovvenzioni per:

Casi in cui può essere effettuata la richiesta

•malattie;

•spese sanitarie;

•acquisto di ausili per handicap permanente;

- invalidità dei familiari;
- decesso.

L'iscritto può richiedere l'erogazione delle suddette sovvenzioni anche per i familiari fiscalmente a carico. Dal punto di vista fiscale si considerano a carico, purché abbiano conseguito un reddito annuo complessivo non superiore a 2.840,51 euro, il coniuge non legalmente ed effettivamente separato e i figli, compresi quelli naturali riconosciuti, gli adottivi, gli affidati e affiliati, per i quali non è richiesto il requisito della convivenza, necessario invece per i genitori (anche adottivi), gli ascendenti prossimi (anche naturali), il coniuge separato, i generi e le nuore, i suoceri, i fratelli e sorelle, i discendenti dei figli. La situazione di carico deve sussistere alla data di sostenimento della spesa e/o insorgenza dell'evento.

Per poter accedere alle prestazioni occorre che l'iscritto produca istanza, utilizzando i relativi modelli allegati e regolarmente compilati in ogni loro campo, corredata di tutta la documentazione necessaria (**attestato di servizio in caso di prima istanza, fotocopia del documento d'identità del dichiarante, fatture in originale**, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, certificazioni sanitarie in copia, autocertificazioni - ove consentito – etc.) e in caso di intervenuta chiusura del conto corrente, deve essere data comunicazione immediata al Fondo delle nuove coordinate bancarie.

I documenti di spesa devono essere integri e trasmessi esclusivamente in originale (**non sono ammesse fotocopie, anche se autenticate**).

Il Fondo di Previdenza procede alla verifica della documentazione di spesa e delle autocertificazioni, rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000,

*Familiari
fiscalmente a
carico*

*Domanda e
documentazione
da allegare*

allegate alle istanze di sovvenzione.

La documentazione allegata alle pratiche, trattenuta dal Fondo per 10 anni (successivamente oggetto di scarto degli atti d'archivio), non viene restituita, salvo richiesta da parte di uffici pubblici e compagnie di assicurazione. A seguito di motivata richiesta, previa specifica valutazione del Consiglio di Amministrazione, la documentazione prodotta potrà essere resa all'iscritto.

Si rammenta che:

- ~ sono sovvenzionate soltanto le spese rimaste effettivamente a carico (ad esempio sono escluse le somme rimborsate sulla base di polizze assicurative, etc,.....);
- ~ non sono sovvenzionate spese per cure termali;
- ~ non sono sovvenzionate spese sostenute anteriormente al biennio dalla data di presentazione dell'istanza. L'iscritto cessato dal servizio (o i suoi eredi presentando il **MODELLO M**), può produrre istanza di sovvenzione per spese sostenute prima del collocamento in pensione, purché non anteriori al biennio dalla richiesta;
- ~ non sono sovvenzionati documenti di spesa di importo inferiore a € 50,00 (fatta eccezione per le fatture emesse dalla stessa struttura, nello stesso giorno e per la stessa persona, che complessivamente siano almeno pari a tale importo) e comunque la sovvenzione può essere erogata solo se da luogo ad un importo non inferiore a € 100,00. Se la richiesta di sovvenzione non raggiunge il minimo erogabile, l'iscritto, al momento della presentazione di una successiva istanza di sovvenzione, può cumulare le nuove spese con le precedenti che saranno liquidate con i criteri vigenti al

*Ammissibilità,
importi minimi e
massimi
erogabili, casi
particolari*

tempo della presentazione delle fatture;

~ l'importo massimo complessivo delle sovvenzioni erogabili per iscritto nel quinquennio 2006–2010 non può superare **€ 5.000,00** Per la gravità delle malattie il limite complessivo è elevato rispettivamente a **€10.000,00** per le patologie di cui alla tab. B e a **€ 20.000,00** per quelle di cui alla tab. A. Non concorrono, per il calcolo dell'importo massimo, le sovvenzioni per handicap, invalidità e decesso.

~ se durante il quinquennio precedente si sia ottenuta una sovvenzione parziale, per aver già raggiunto il massimo erogabile, è possibile, in occasione della presentazione di nuova istanza con nuove spese, fare riferimento a quelle non considerate, fatta salva la validità biennale della documentazione.

~ qualora per la medesima prestazione siano stati rilasciati scontrino fiscale e fattura, l'iscritto dovrà inviare entrambi i documenti;

~ le spese sostenute all'estero saranno sovvenzionate applicando il valore di cambio praticato al momento del pagamento; in tale caso, all'istanza dovrà essere allegata la relativa documentazione e, per Paesi extra UE non di lingua inglese, la traduzione della fattura estera presentata.

• **SOVVENZIONI PER MALATTIE**

(*MODELLO F e Z*)

Per tutte le malattie dell'iscritto o dei familiari a carico, classificate in apposite tabelle a seconda della gravità della patologia, il Fondo eroga una sovvenzione determinata applicando, alle spese sostenute e documentate, le seguenti percentuali:

*Percentuale
della spesa
sovvenzionabile*

~ tabella A: contributo del 60% delle spese sanitarie, più una tantum di € 2.000,00. Per l'erogazione dell'una tantum, la malattia (ad esclusione delle patologie congenite) deve essere accertata in data non anteriore al biennio;

~ tabella B: contributo del 45% delle spese sanitarie;

~ tabella C: contributo del 35% delle spese sanitarie.

La richiesta va presentata compilando il **MODELLO F.**

Domanda

Le tabelle delle malattie, aggiornate da un medico incaricato, sono pubblicate nel sito internet del Fondo (www.fondoprevidenzafinanze.it) e sul sito intranet dell'Amministrazione di appartenenza dell'iscritto.

Reperibilità delle tabelle

Non sono sovvenzionate le spese per cure termali.

E' possibile ottenere il contributo in parola anche per l'acquisto di farmaci e/o vaccini purché il costo degli stessi non sia inferiore a € 250,00.

Farmaci e vaccini

La spesa deve essere documentata mediante presentazione degli scontrini, di fotocopia della prescrizione, di certificazione sanitaria (al fine di verificare l'attinenza del farmaco acquistato con la patologia) e del prospetto riepilogativo (**MODELLO Z**) compilato con la data di acquisto, l'importo e l'indicazione dei farmaci.

Spese di trasporto e soggiorno

Per le malattie classificate nella tabella A è concessa la sovvenzione per le spese di trasporto e soggiorno sia del malato, sia dell'eventuale accompagnatore, anche se l'importo unitario sia inferiore a € 50,00. Nel caso di **minore**, tali spese sono sovvenzionabili anche per le **patologie di cui alle tabelle B e C**

Le spese di soggiorno sono costituite dalle spese alberghiere o similari e da due pasti giornalieri con l'indicazione del soggetto che ha fruito della prestazione. In assenza di documentazione i pasti vengono sovvenzionati

complessivamente nella misura di € 20,00 al giorno per persona.

Per ottenere la sovvenzione è necessario allegare ai documenti giustificativi il **MODELLO Z** su cui riportare la data, la tipologia di spesa (viaggio, soggiorno, pasti, etc.) e il relativo importo.

Allegati da unire alla domanda

• **CONTRIBUTI PER ALTRE SPESE SANITARIE**

(VISITE SPECIALISTICHE, OCCHIALI, ECC.)

(MODELLO G)

Il Fondo eroga una sovvenzione nella misura del 35% per tutte le spese sanitarie per le quali la normativa fiscale prevede la detrazione d'imposta sostenute dall'iscritto o dai familiari a carico fatta eccezione per **le spese per farmaci e quelle relative a cure termali**

Spese sovvenzionabili

Le spese per prestazioni sanitarie rese da esercenti arti ausiliarie della professione medica devono essere comprovate da prescrizione medica.

Casi particolari

Relativamente alla richiesta per acquisto di occhiali da vista è necessario unire al **MODELLO G** o la fattura (con lo scontrino fiscale se emesso) dalla quale risulti che l'acquisto riguarda lenti correttive, oppure la prescrizione medico-sanitaria.

Acquisto di occhiali

• **SOVVENZIONI PER HANDICAP**

(MODELLO H)

Il Fondo eroga sovvenzioni, fino a € 3.000,00 nel quinquennio, per l'acquisto di ausili per handicap permanente dell'iscritto o dei familiari a carico.

Importo massimo erogabile

La sovvenzione viene erogata per spese, sostenute a causa dell'handicap,

Spese sovvenzionabili

ammesse in deduzione dal reddito o in detrazione dall’imposta secondo la normativa fiscale (ad es. mezzi di locomozione, protesi speciali, computer per non vedenti, p.c. e ausili informatici).

Per l’acquisto di autovettura o motoveicolo il criterio di riferimento è quello previsto dalla normativa fiscale (un solo veicolo nel corso di quattro anni, ricorrenza dei presupposti per l’IVA agevolata ecc.); **le spese per la riparazione e la manutenzione dei veicoli non saranno in nessun caso sovvenzionate.**

L’istanza va prodotta compilando il **MODELLO H**, a cui va allegata la necessaria documentazione, ed in particolare: la certificazione – anche in copia – attestante il tipo di handicap o invalidità, la certificazione sanitaria di una struttura pubblica che attesti l’utilità dell’ausilio speciale in relazione all’handicap e, in caso di acquisto di autovettura, la documentazione da cui risulta che il veicolo sia utilizzato, in via esclusiva o prevalente, dal portatore di handicap.

• **SOVVENZIONE PER INVALIDITÀ DEI FAMILIARI**

(MODELLO I)

Per i familiari dell’iscritto, fiscalmente a carico ed affetti da minorazioni comportanti un grado di invalidità compreso tra il 74% ed il 100% (e/o titolari di pensione di invalidità), il Fondo eroga una sovvenzione annua di € 1.500,00.

Nei casi in cui non è prevista l’indicazione della percentuale di invalidità (per es. minori), il beneficio può essere concesso in presenza di certificazione rilasciata dall’apposita Commissione sanitaria.

Acquisto di mezzi di locomozione

Domanda e allegati

Soggetti per i quali è prevista la sovvenzione

Casi di mancanza di percentuale di invalidità

Il diritto alla sovvenzione decorre dal mese successivo alla presentazione dell'istanza di invalidità alla predetta Commissione.

Decorrenza del diritto

L'iscritto deve presentare la richiesta ogni anno, compilando il **MODELLO I**, a cui debbono essere allegati, oltre ai documenti di rito, la certificazione attestante il grado di invalidità.

Domanda

• ***SOVVENZIONE PER DECESSO***

(MODELLO L)

Nei casi di decesso dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico, il Fondo eroga una sovvenzione di € 2.000,00.

La richiesta deve essere presentata dall'iscritto o da uno degli eredi entro 2 anni dall'evento, utilizzando il **MODELLO L**.

La sovvenzione spetta anche agli eredi del pensionato deceduto, purché sia stato iscritto al Fondo al momento del pensionamento.

Soggetti per i quali è prevista la sovvenzione

*Soggetti che possono chiedere la sovvenzione
Decesso dell'iscritto pensionato*

4. TEMPI DI LIQUIDAZIONE E DI EVENTUALE RIESAME

DELLE PRATICHE

L'indennità di cessazione dal servizio è liquidata entro centoventi giorni dall'acquisizione, da parte del Fondo, degli elementi necessari. Nei casi di dimissioni volontarie l'erogazione avverrà decorsi sei mesi dalla data di cessazione e comunque non oltre i successivi tre mesi. Relativamente alle anticipazioni, sovvenzioni, contributi ed altre prestazioni assistenziali, completata l'istruttoria (massimo entro 90 giorni), la pratica verrà

deliberata nella prima seduta mensile utile del Consiglio di Amministrazione.

Avverso i provvedimenti del Consiglio di Amministrazione è ammessa istanza di riesame allo stesso Consiglio. Fatta salva l'impugnabilità in via giurisdizionale, l'istanza, debitamente documentata e motivata, deve essere presentata entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione. La decisione assunta in sede di riesame è definitiva.

Mezzi di impugnativa

5. INFORMAZIONI

Per la presentazione diretta di istanze e documenti, gli Uffici del Fondo sono aperti dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00. Negli stessi orari sono fornite informazioni all'interessato o ad un suo delegato.

Orari di apertura degli uffici del Fondo

Per informazioni telefoniche gli iscritti possono rivolgersi al numero **065914429**, tutti i giorni lavorativi dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il giovedì anche dalle ore 15,00 alle ore 17,00. Le informazioni rilasciate telefonicamente sono rese all'interessato previo accertamento dei dati anagrafici e riguardano solo lo stato della procedura di lavorazione (data di inizio, responsabile del procedimento, termine finale di adozione).

Informazioni telefoniche

Le informazioni possono essere richieste anche via fax o collegandosi al sito internet del Fondo e cliccare su FAQ. Per le prime, cui la segreteria del Fondo darà seguito compatibilmente con i tempi necessari, l'iscritto deve indicare il proprio cognome e nome, l'oggetto della richiesta (oppure il numero di pratica, il protocollo, etc.) e il recapito telefonico per la risposta.

Informazioni tramite fax e collegamento al sito del Fondo

6. TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Tutti i dati sensibili vengono trattati dal Fondo in conformità al D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196; titolare del trattamento dei dati personali è il Fondo di previdenza per il personale del Ministero delle Finanze – settore finanze e responsabile è il funzionario - Segretario del Fondo, elettivamente domiciliati presso la sede di via Luigi Ziliotto, n. 31 - 00143 Roma, come da informativa allegata (all. 1).

Titolari e responsabili dei dati personali

Alla presente circolare (pubblicata nel sito internet del Fondo e trasmessa alle Amministrazioni interessate per l'inserimento nei rispettivi siti intranet) sono allegati i modelli di richiesta delle prestazioni del Fondo e quelli relativi alle autocertificazioni.

IL PRESIDENTE

SCHEMA DEI SERVIZI

MODELLO A

Protocollo n.

AL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31 - 00143 ROMA

COGNOME E NOME			
QUALIFICA	LIVELLO		
CODICE FISCALE			
DATA E LUOGO DI NASCITA			
RESIDENTE IN	PROV	CAP	
VIA			
RECAPITO TELEFONO			
RUOLO DI APPARTENENZA			
TIPO CONTRATTO DI LAVORO			
UFFICIO DI APPARTENENZA			
INDIRIZZO UFFICIO			
DATA DI CESSAZIONE	MOTIVO		
EVENTUALI SUPERSTITI			

DATA DEL SERVIZIO PRESTATO ALLE DIPENDENZE DELL'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA
(DF, AGENZIE FISCALI, SECIT E AI MONOPOLI DALLA DATA DI ISCRIZIONE AL FONDO)

NON DI RUOLO (ALLEGANDO DECRETI DI RISCATTO O CERTIFICATI DI SERVIZIO)

DAL _____ AL _____ AA____ MM____ GG _____

DI RUOLO:

DECORRENZA GIURIDICA DAL AA____ MM____ GG _____

DECORRENZA ECONOMICA (DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI):

DAL AA____ MM____ GG _____ AL AA____ MM____ GG _____

SERVIZI PRESTATI PRIMA DEL 17/5/81 IN PIU' RUOLI DEL MINISTERO DELLE FINANZE
(II.DD.-CATASTO TASSE-CENTRALI-DOGANE-UTIF)

DAL _____ AL _____ RUOLO

SERVIZIO PRESTATO PART-TIME ____% DAL _____ AL _____ AA____ MM____ GG _____

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA E ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI FINI PENSIONISTICI PER COMPLESSIVI ANNI _____ MESI _____ GIORNI _____

IN CASO DI DISPENSA PER MOTIVI DI SALUTE SPECIFICARE SE E' STATO MATERATO IL DIRITTO ALLA PENSIONE :

EVENTUALI DEBITI VERSO LO STATO (1): _____

(1) QUESTI POTRANNO ESSERE RECUPERATI SULLE SOMME DA EROGARE DAL FONDO SOLO IN FORZA DI PROVVEDIMENTI GIUDIZIARI NOTIFICATI AL FONDO STESSO (SEQUESTRO CONSERVATIVO, PIGNORAMENTO, ...) O DI ESPRESSA AUTORIZZAZIONE DELL'ISCRITTO.

LUOGO E DATA,

TIMBRO DELL'UFFICIO E FIRMA DEL FUNZIONARIO
CON RECAPITO TELEFONICO

Note per la compilazione della scheda dei servizi
(Allegare copia dello stato matricolare, anche se non aggiornato)

1. L'indennità è corrisposta agli iscritti in relazione al numero degli anni di servizio civile prestato dalla data di effettiva immissione in servizio alla data di effettiva cessazione di appartenenza al personale del Ministero delle Finanze, ivi compresi i periodi di assenza valutabili ai fini della pensione.
2. Eventuali debiti verso lo Stato potranno essere recuperati sulle somme da erogare dal Fondo solo in forza di provvedimenti formali notificati al Fondo stesso (sequestro conservativo, pignoramento, ...)
3. Per il personale delle abolite imposte di consumo (ex II.CC.) si raccomanda di trasmettere copia prospetto di liquidazione CONSAP (ex INA.) o INPDAP(ex INADEL) per acquisizione dell'aliquota I.R.P.E.F. da applicare ex L. 482/85.
4. Per i deceduti in attività di servizio¹ si raccomanda trasmettere atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa dagli eredi ex dpr 445/2000 da cui risulti: **che alla** morte dell'iscritto non era intervenuta sentenza passata in giudicato di separazione legale per colpa di uno o di entrambi i coniugi; **che l'iscritto** non ha lasciato testamento; **l'esplicita** indicazione della composizione del nucleo familiare o, in mancanza, di altri aventi diritto al momento del decesso dell'iscritto, specificando il cognome, il nome, luogo e data di nascita di ciascuno con l'indicazione del rapporto di parentela, la residenza con ultimo domicilio, e il codice fiscale ; **che l'iscritto** non ha lasciato figli legittimi di eventuali precedenti matrimoni, né figli legittimati, né figli naturali riconosciuti, né figli adottivi, né figli permanentemente inabili al lavoro, né affiliati, né discendenti minorenni di figli premorti; **se i figli**, sia minorenni che maggiorenni, erano fiscalmente a carico dell'iscritto.
5. Si rammenta che il personale che abbia percepito indennità di fine rapporto dai preesistenti fondi di previdenza del Ministero delle Finanze - poi unificati con D.P.R. n° 211/81 - può chiedere la valutazione per intero del periodo di servizio civile prestato nell'Amministrazione finanziaria con domanda da presentarsi a pena di decadenza entro la data di cessazione dal servizio (art. 6 - c. 3°- D.P.R. n°1034/84).
6. Per il personale appartenente al ruolo delle dogane, UTIF e del catasto in servizio rispettivamente alla data del 28.09.59, 4.05.59, 15.08.66, viene applicato l'art. 23 del dpr 1034/1984.

¹ Si riporta il testo dell'art. 8 del regolamento del Fondo (DPR 1034/1984) "In caso di morte dell'iscritto al fondo, avvenuta in attività di servizio, il diritto all'indennità prevista dall'art. 4, n. 1), sorge nel momento del decesso e spetta, in ordine di precedenza: 1) al coniuge superstito, quando non esista sentenza, passata in giudicato, di separazione personale addebitata al coniuge superstito medesimo o ad entrambi i coniugi. Qualora l'iscritto deceduto abbia lasciato, oltre al coniuge, figli legittimi (anche se nati da precedenti matrimoni), legittimati, naturali riconosciuti, adottivi, purché a suo carico al momento del suo decesso o permanentemente inabili al lavoro, l'indennità si divide in parti uguali tra il coniuge e ciascuno dei detti figli. Si considerano a carico dell'iscritto deceduto i figli per i quali egli percepiva l'aggiunta di famiglia;

2) ai figli menzionati nel precedente n. 1) trovatisi in una delle condizioni ivi indicate, in parti uguali;

3) ai figli non trovatisi nelle condizioni indicate nel precedente n. 1) legittimi, legittimati, naturali riconosciuti, adottivi in parti uguali;

4) ai genitori, anche se separati legalmente, in parti uguali, o al genitore superstito;

5) ai fratelli e sorelle permanentemente inabili al lavoro o minorenni, purché non coniugati, in parti uguali;

6) alle persone o enti designati dall'iscritto con disposizione di ultima volontà;

7) ai fratelli e sorelle maggiorenni, in parti uguali.

MODELLO B

MODELLO ISTANZA ART. 6 DPR 1034/1984

COMPUTO PERIODI DI SERVIZIO GIA' LIQUIDATI DAI PREGESSI FONDI

(DA PRODURSI A PENA DI DECADENZA PRIMA DELLA DATA DI CESSAZIONE DAL SERVIZIO O DIRETTAMENTE AL FONDO O ALL'UFFICIO DI APPARTENENZA)

AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
DI AMMINISTRAZIONE DEL FONDO DI PREVIDENZA
PER IL PERSONALE DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILLOTTO 31
00143 ROMA

OGGETTO: ISTANZA EX ART. 6 DPR 1034/1984 – ISCRITTO: _____.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO A _____
IL _____ RESIDENTE A _____
VIA _____,

P R E M E S S O

DI ESSERE STATO LIQUIDATO DAL SEGUENTE FONDO ORA ABOLITO:

- fondo di previdenza a favore del personale provinciale dell'Amministrazione del **catasto** e dei servizi tecnici erariali, istituito con regio decreto-legge 17 novembre 1938, n. 1826, convertito nella legge 5 gennaio 1939, n. 12;
- fondo di previdenza a favore del personale periferico delle **tasse ed imposte indirette sugli affari**, istituito con decreto ministeriale dell'11 febbraio 1952 e riconosciuto con l'art. 8 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza a favore del personale periferico dell'amministrazione delle **imposte dirette**, istituito con l'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza per il personale del **Ministero delle finanze e delle intendenze di finanza**, istituito con l'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza per il personale delle **dogane**, istituito con legge 12 luglio 1912, n. 812;
- fondo di previdenza a favore del personale delle **imposte di fabbricazione e dei laboratori chimici delle dogane ed imposte indirette (UTIF)**, istituito con regio decreto-legge 5 settembre 1938, n. 1561, convertito nella legge 19 gennaio 1939, n. 260.

PER IL PERIODO PRESTATO DAL _____ AL _____

C H I E D E

SE PIU' FAVOREVOLE, AI SENSI DELL'ART. 6 DEL REGOLAMENTO DEL FONDO APPROVATO CON D.P.R. 1034/1984 LA VALUTAZIONE PER INTERO DEL SERVIZIO RESO ALLE DIPENDENZE DELL'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA.

DATA E LUOGO

FIRMA

(da compilare solo dagli iscritti assunti in servizio prima del 17.05.1981)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI FINI DELLA RICHIESTA DI
ANTICIPAZIONE DELL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE.**

Il sottoscritto _____

nato a _____ prov. _____ il _____

in servizio presso _____

a conoscenza delle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali nei casi di dichiarazioni mendaci,

dichiara ai sensi del DPR 445/2000

1) di avere - di non avere - prestato servizio in qualità di:

- a) impiegato delle abolite II.CC. dal _____ al _____
- b) impiegato del lotto (ricevitore/aiuto ricevitore) dal _____ al _____
- c) copista ipotecario dal _____ al _____

2) di avere - di non avere - percepito l'indennità di fine rapporto dai preesistenti Fondi di Previdenza del Ministero delle Finanze.

Luogo e data

Firma

Se la domanda viene presentata direttamente al Fondo, la firma viene autenticata in presenza di un dipendente addetto del Fondo, ai sensi dell'art. 38 del dpr 445/2000. In caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente dichiarazione una fotocopia del documento d'identità di chi firma la dichiarazione.

AL PRESIDENTE
 DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
 DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
 DELLE FINANZE - SETTORE FINANZE
 VIA LUIGI ZILIOOTTO 31
 00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITA' DI CESSAZIONE

IO SOTTOSCRITT _____									
cognome									
nome									
nato il		/		/					
a									prov.
cod. fiscale									
residente in via									
comune									
provincia		cap							
recapito tel.									
e-mail									

DATI BANCA PER L'ACCREDITO									
banca									ag. n.
di									
via									
COORDINATE BANCARIE (campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici)									
IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C					

DATI UFFICIO									
denominazione									
indirizzo									
comune									
provincia		cap							
telefono						fax			

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

**CHIEDO L'ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITA' DI CESSAZIONE
 PER IL SEGUENTE MOTIVO _____**

E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI

- attestato di servizio compilato su apposito modulo dall'Ufficio di appartenenza (mod. E);
- dichiarazione sostitutiva resa a norma del DPR 445/2000 **per il personale assunto prima del 17 maggio 1981** (mod. C);
- documentazione comprovante l'effettiva necessità dell'anticipazione;
- _____

Data _____

firma _____

ATTESTATO

COGNOME E NOME _____

QUALIFICA_____

CODICE FISCALE_____

DATA E LUOGO DI NASCITA_____

RUOLO DI APPARTENENZA_____

UFFICIO DI APPARTENENZA_____

PRECEDENTI RUOLI DI APPARTENENZA_____

ATTUALE SERVIZIO NELL'AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA:

(Non indicare il servizio prestato in altre amministrazioni dello Stato e, per il personale delle abolite Imposte di Consumo (ex II.CC.), del Lotto e Lotterie e dei Monopoli di Stato dovrà espressamente essere indicata la data di effettiva iscrizione al Fondo che, in ogni caso, non potrà essere antecedente rispettivamente all' 1/01/1973, al 2/9/1967 ed all'1/5/1994).

NON DI RUOLO DAL _____ AL _____

DI RUOLO DAL _____ AL _____

DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI (DECORRENZA ECONOMICA)

PART TIME _____ % DAL _____ AL _____; _____ % DAL _____ AL _____

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA ED ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI

FINI PENSIONISTICI, PER COMPLESSIVI ANNI _____, MESI _____, GIORNI _____

DEBITI VERSO LO STATO DA RECUPERARE _____

IL DIRETTORE

ATTESTATO

COGNOME E NOME _____

QUALIFICA _____

CODICE FISCALE _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

RUOLO DI APPARTENENZA _____

UFFICIO DI APPARTENENZA _____

PRECEDENTI RUOLI DI APPARTENENZA _____

ATTUALE SERVIZIO NELL'AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA:

(Non indicare il servizio prestato in altre amministrazioni dello Stato e, per il personale delle abolite Imposte di Consumo (ex II.CC.), del Lotto e Lotterie e dei Monopoli di Stato dovrà espressamente essere indicata la data di effettiva iscrizione al Fondo che, in ogni caso, non potrà essere antecedente rispettivamente all' 1/01/1973, al 2/9/1967 ed all'1/5/1994).

NON DI RUOLO DAL _____ AL _____

DI RUOLO DAL _____ AL _____

DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI (DECORRENZA ECONOMICA)

PART TIME _____ % DAL _____ AL _____; _____ % DAL _____ AL _____

ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA ED ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI FINI PENSIONISTICI, PER COMPLESSIVI ANNI _____, MESI _____, GIORNI _____

DEBITI VERSO LO STATO DA RECUPERARE _____

LA PRESENTE ATTESTAZIONE VIENE EFFETTUATA DALL'ISCRITTO "CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2000) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)".

In fede
L'iscritto

AL PRESIDENTE
 DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
 DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
 DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
 VIA LUIGI ZILLOTTO 31
 00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER MALATTIA

IO SOTTOSCRITT _____									
cognome									
nome									
nat	il	/	/						
a									prov.
codice fiscale									
residente in via									
comune									
provincia	cap								
telefono uff.									
e-mail									

DATI BANCA PER L'ACCREDITO											
banca										ag. n.	
di											
via											
COORDINATE BANCARIE (campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici)											
IBAN	CIN	ABI	CAB			C/C					

DATI UFFICIO									
denominazione									
indirizzo									
comune									
provincia	cap								
telefono	fax								

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- per me stesso
- per il coniuge e/o i figli a carico fiscale
- per il proprio familiare convivente e a carico fiscale

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2000) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

di essere attualmente dipendente dell'Amministrazione Finanziaria (specificare amministrazione)

dal / / (data di 1^a ammissione in servizio);

che (se si tratta di sovvenzioni per il coniuge o per i figli indicare dati anagrafici e codice fiscale)

<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figlio/a																				
cognome/nome																					
nat_	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					
<input type="checkbox"/> figlio/a																					
cognome/nome																					
nat_	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					
<input type="checkbox"/> figlio/a																					
cognome/nome																					
nat_	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					

è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto:

che (se si tratta di sovvenzioni per i familiari indicare dati anagrafici e grado parentela)

□ - che (se si tratta di sovvenzioni per l'ammirato indicare dati anagrafici e grado parentela)																	
grado di parentela																	
cognome/nome																	
nat_il / /																	
a																	
codice fiscale																	
prov.																	

è/sono fiscalmente a carico e convivente con il sottoscritto:

E ALLEGATO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- fotocopia documento di identità.**
- documentazione medica.**
- prescrizione medica (se richiesta).**
- n. ____ fatture e/o ricevute fiscali IN ORIGINALE per un totale di Euro _____,____.**
- documenti di spesa di viaggio e soggiorno e/o richiesta di rimborso forfettario per viaggio con mezzo proprio e per i pasti.**
- prospetto riepilogativo dei documenti di spesa (Mod. Z).**

Data

firma

AL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
VIA LUIGI ZILIOTTO 31
00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER SPESE SANITARIE

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto sindacato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- per me stesso
- per il coniuge e/o i figli a carico fiscale
- per il proprio familiare convivente e a carico fiscale

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2000) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

di essere attualmente dipendente dell'Amministrazione Finanziaria (specificare amministrazione)

dal / / (data di 1^a ammissione in servizio);

che (se si tratta di sovvenzioni per il coniuge o per i figli indicare dati anagrafici e codice fiscale)

<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figlio/a																				
cognome/nome																					
nat_	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					
<input type="checkbox"/> figlio/a																					
cognome/nome																					
nat_	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					
<input type="checkbox"/> figlio/a																					
cognome/nome																					
nat_	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					

è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto:

che (se si tratta di sovvenzioni per i familiari indicare dati anagrafici e grado parentelico)

— che (se si tratta di sovvenzioni per i bambini) indicare dati anagrafici e grado parentela																		
grado di parentela																		
cognome/nome																		
nat__il / /																		
a																		
codice fiscale																		

è/sono fiscalmente a carico e convivente con il sottoscritto:

E ALLEGATO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- fotocopia documento di identità.**
- n. ____ fatture e/o ricevute fiscali **IN ORIGINALE** per un totale di Euro _____,____.
- prospetto riepilogativo dei documenti di spesa (Mod. Z).**
- prescrizione medica, se dovuta.**

Data

firma

AL PRESIDENTE
 DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
 DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
 DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
 VIA LUIGI ZILLOTTO 31
 00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER ACQUISTO AUSILI PER HANDICAP

IO SOTTOSCRITT																										
cognome																										
nome																										
nat il	/	/																								
a																									prov.	
codice fiscale																										
residente in via																										
comune																										
provincia		cap																								
telefono uff.																										
e-mail																										

DATI BANCA PER L'ACCREDITO																													
banca																									ag. n.				
di																													
via																													
COORDINATE BANCARIE (campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici)																													
IBAN																										C/N	ABI	CAB	C/C

DATI UFFICIO																													
denominazione																													
indirizzo																													
comune																													
provincia		cap																											
telefono																													fax

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- per me stesso
- per il coniuge e/o i figli a carico fiscale
- per il proprio familiare convivente e a carico fiscale

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2000) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

di essere attualmente dipendente dell'Amministrazione Finanziaria (specificare amministrazione)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

dal / / **(data di 1^a ammissione in servizio);**

che (se si tratta di sovvenzioni per il coniuge o per i figli indicare dati anagrafici e codice fiscale)

<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figlio/a																			
cognome/nome																				
nat__il	/	/																		
a																		prov.		
codice fiscale																				
<input type="checkbox"/> figlio/a																				
cognome/nome																				
nat__il	/	/																		
a																		prov.		
codice fiscale																				
<input type="checkbox"/> figlio/a																				
cognome/nome																				
nat__il	/	/																		
a																		prov.		
codice fiscale																				

è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto:

che (se si tratta di sovvenzioni per i familiari indicare dati anagrafici e grado parentela)

è/sono fiscalmente a carico e convivente con il sottoscritto:

E ALLEGATO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- fotocopia documento di identità.**
- n. ____ fatture e/o ricevute fiscali IN ORIGINALE per un totale di Euro _____,____.**
- prospetto riepilogativo dei documenti di spesa (Mod. Z).**
- certificazione in copia attestante l'invalidità o l'handicap.**
- certificazione sanitaria che attesti l'utilità dell'ausilio speciale in relazione all'handicap.**
- documentazione attestante che il veicolo sarà utilizzato in via esclusiva e prevalente dal portatore di handicap.**

Data

firma

AL PRESIDENTE
 DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
 DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
 DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
 VIA LUIGI ZILOTO 31
 00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER INVALIDITA' ANNO **20**

(Presentare singole istanze per ogni annualità completa di tutti i documenti necessari)

IO SOTTOSCRITT											
cognome											
nome											
nat_il		/		/							
a											prov.
cod. fiscale											
residente in via											
comune											
provincia		cap									
telefono uff.											
e-mail											

DATI BANCA PER L'ACCREDITO											
banca											ag. n.
di											
via											
COORDINATE BANCARIE (campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici)											
IBAN	CF	ABI	CAB	C/C							

DATI UFFICIO											
denominazione											
indirizzo											
comune											
provincia		cap									
telefono								fax			

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

- per il coniuge e/o i figli a carico fiscale
- per il proprio familiare convivente e a carico fiscale

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2000) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

di essere attualmente dipendente dell'Amministrazione Finanziaria (specificare amministrazione)

dal / / (data di 1^a ammissione in servizio);

□ che (se si tratta di sovvenzioni per il coniuge o per i figli indicare dati anagrafici e codice fiscale)

<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figlio/a																				
cognome/nome																					
nat	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					
<input type="checkbox"/> figlio/a																					
cognome/nome																					
nat	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					
<input type="checkbox"/> figlio/a																					
cognome/nome																					
nat	il	/	/																		
a																			prov.		
codice fiscale																					

è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto:

che (se si tratta di sovvenzioni per i familiari indicare dati anagrafici e grado parentela)

è/sono fiscalmente a carico e convivente con il sottoscritto:

□ che non vi è stata alcuna revisione dello stato di invalidità.

E ALLEGATO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- fotocopia documento di identità.**
- certificazione in copia attestante l'invalidità ed in caso di minore, certificazione rilasciata da apposita Commissione Sanitaria.**

Data

firma

AL PRESIDENTE
 DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
 DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
 DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
 VIA LUIGI ZILOTO 31
 00143 ROMA

◆ RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER DECESSO

IO SOTTOSCRITT									
cognome									
nome									
nat il		/		/					
a									prov.
cod. fiscale									
residente in via									
comune									
provincia		cap							
telefono									
e-mail									

DATI BANCA PER L'ACCREDITO									
banca									ag. n.
di									
via									
COORDINATE BANCARIE (campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici)									
IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C					

DATI UFFICIO DELL'ISCRITTO									
denominazione									
indirizzo									
comune									
provincia		cap							
telefono							fax		

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e ai sensi del d.p.r.1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

CHIEDO LA SOVVENZIONE PER DECESSO DEL/DELL'

coniuge e figli a carico familiare convivente e a carico iscritto o pensionato

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2000) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

che in data

--	--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

 È DECEDUTO IL/LA SIG.

cognome																					
nome																					
nat	il	/	/																		
a																					
cod. fiscale																					
residente in via																					
comune																					
provincia	cap																				

che (indicare il grado di parentela se si tratta di decesso del coniuge o dei figli) il/la

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 al momento del decesso era fiscalmente a carico del sottoscritto;

che (indicare il grado di parentela se si tratta di decesso del familiare) il/la

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 al momento del decesso era fiscalmente a carico e convivente con il sottoscritto;

che (per il decesso dell'iscritto o del pensionato) l'ultimo ufficio di appartenenza all'Amministrazione finanziaria è stato

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 e che la data di pensionamento è stata

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 ;

<input type="checkbox"/> che gli unici eredi sono													
grado di parentela													
cognome e nome													
nat__ il	/	/											
a												prov.	
residente in via													
comune												prov.	
codice fiscale													
coordinate bancarie (*)	IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C								
grado di parentela													
cognome e nome													
nat__ il	/	/											
a												prov.	
residente in via													
comune												prov.	
codice fiscale													
coordinate bancarie (*)	IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C								
grado di parentela													
cognome e nome													
nat__ il	/	/											
a												prov.	
residente in via													
comune												prov.	
codice fiscale													
coordinate bancarie (*)	IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C								

(*) campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici

che tra l'iscritto e il coniuge superstite [15]

non esiste sentenza di separazione passata in giudicato addebitabile al coniuge superstite o ad entrambi i coniugi.

E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI:

fotocopia documento di identità.

Data _____

firma _____

AL PRESIDENTE
 DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
 DEL FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE
 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E
 DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE
 VIA LUIGI ZILLOTTO 31
 00143 ROMA

◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER MALATTIA E SPESE SANITARIE SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO**

IO SOTTOSCRITT __																									
cognome																									
nome																									
nat il		/		/																					
a																									prov.
codice fiscale																									
residente in via																									
comune																									
provincia		cap																							
telefono																									
e-mail																									

EREDE DI

cognome																									
nome																									

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

CHIEDO

quanto sopra ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A di codesto Ente

SPESE SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO
 SPESE SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO PER I PROPRI FAMILIARI

A TAL FINE CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI, LA FALSITA' NEGLI ATTI E L'USO DI FALSI, NEI CASI PREVISTI DALLE LEGGE, SONO PUNITI DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA (ARTT. 75 E 76 DEL DPR 445/2000) E CONSAPEVOLE CHE IL FONDO EFFETTUERA' CONTROLLI ANCHE A CAMPIONE SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE (ARTT. 71 E 72 DEL DPR 445/2000)

AUTOCERTIFICO
(allegare fotocopia documento d'identità):

che in data

--	--	--

 /

--	--	--

 /

--	--	--	--	--

 È DECEDUTO/A IL/LA SIG.

che l'ultimo ufficio di appartenenza nell'Amministrazione finanziaria è stato

e che la data di pensionamento è stata / / ;

che (se si tratta di sovvenzioni per il familiare a carico indicare i dati anagrafici e grado di parentela)

era/erano fiscalmente a carico dell'iscritto deceduto in quanto non superano i limiti di reddito previsti e (solo per i familiari diversi dal coniuge e figli) erano conviventi dell'iscritto;

che gli unici eredi sono

grado di parentela													
cognome e nome													
nat__ il	/	/											
a												prov.	
codice fiscale													
coordinate bancarie (*)	IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C								
grado di parentela													
cognome e nome													
nat__ il	/	/											
a												prov.	
codice fiscale													
coordinate bancarie (*)	IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C								
grado di parentela													
cognome e nome													
nat__ il	/	/											
a												prov.	
codice fiscale													
coordinate bancarie (*)	IBAN	CIN	ABI	CAB	C/C								

(*) campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici

che tra l'iscritto e il coniuge superstite

non esiste sentenza di separazione passata in giudicato addebitabile al coniuge superstite o ad entrambi i coniugi;

E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI:

- documentazione medica (se richiesta).
- n. ___ fatture e/o ricevute fiscali IN ORIGINALE per un totale di Euro _____, ____.
- prospetto riepilogativo dei documenti di spesa (Mod. Z).

Data

firma

MODELLO Z

ELENCO FATTURE INSERITE NELLA RICHIESTA DI SOVVENZIONE¹

TOTALE IMPORTO FATTURE

¹ Verificare che l'importo liquidabile dal Fondo non sia inferiore al minimo erogabile di € 100,00.

² Verificare che la data della fattura non sia anteriore al biennio dalla data di presentazione della domanda.

ALLEGATO 1

Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Iscritto/a,

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: erogazione delle prestazioni previste dal dpr 1034/1984.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatico.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter ottenere la prestazione richiesta e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di erogare la prestazione.

4. I dati saranno comunicati al tesoriere del Fondo di previdenza per effettuare il relativo pagamento.

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati sanitari potranno essere trattati da un medico di fiducia del Fondo per valutare la misura del rimborso.

Il trattamento riguarderà anche i dati contenuti nelle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio che saranno comunicati ad altre amministrazioni (comuni, asl, agenzie fiscali,...) per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000.

Il trattamento riguarderà anche i dati contenuti nelle fatture sanitarie (ad esclusione della prestazioni sanitarie ivi indicate) e saranno comunicati agli Uffici fiscali a titolo di controllo a campione.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti diversi da quelli sopra indicati né saranno oggetto di diffusione.

La informiamo che il conferimento di questi dati è obbligatorio per poter ottenere la prestazione richiesta e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di erogare la prestazione.

5. Il titolare del trattamento è il Consiglio di Amministrazione del FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE – SETTORE FINANZE.

6. Il responsabile del trattamento è il Segretario P.T. del Fondo di Previdenza per il personale del Ministero dell'economia e delle finanze – settore finanze (il nominativo è sul sito www.fondoprevidenzafinanze.it).

7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi

dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.