



Associazione di Diritto Privato
Via Mantova, 1
00198 - Roma
C.F. 80021670585

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER SPESE DI
OSPITALITA' IN CASE DI RIPOSO O ISTITUTI DI RICOVERO PER ANZIANI,
MALATI CRONICI O LUNGODEGENTI
PERIODO COMPRESO TRA IL 1/1/2016 E IL 31/12/2016**

Art. 7 del Nuovo Regolamento di disciplina delle funzioni di assistenza e di mutua solidarietà – Disciplinare “D”

Il/la sottoscritt _____ nat _____
il ____/____/____ a _____, (prov. ____),
codice fiscale _____, residente in _____,
(prov. ____),
Via _____, n. _____
c.a.p. _____, tel. _____, tel. cell. _____;

IN QUALITA' DI:
(barrare l'ipotesi che ricorre)

- iscritto alla CNPADC;**
- titolare di pensione erogata dalla CNPADC;**
- coniuge superstite titolare di pensione indiretta/reversibilità dell'iscritto/pensionato della CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____;
- familiare legato da vincolo di coniugio e/o di parentela in linea retta di primo grado risultante dallo stato di famiglia dell'iscritto/pensionato della CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____;
- fratello/sorella risultante dallo stato di famiglia dell'iscritto alla CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____;
- tutore o curatore dell'iscritto/pensionato della CNPADC:**
Dott./Dott.ssa _____, nat _____,
il ____/____/____, a _____,
(prov. ____), codice fiscale _____;

CHIEDE

(la domanda completa di tutta la documentazione deve essere presentata, a pena di inammissibilità, in data non antecedente all'approvazione del bando di concorso da parte del Consiglio di Amministrazione e comunque entro il termine del 15/03/2017)

di essere ammessi al concorso per l'assegnazione del contributo per spese di ospitalità in case di riposo pubbliche o private, istituti di ricovero per persone anziane, malati cronici o lungodegenti relativamente ad un periodo compreso tra il 1.1.2016 e il 31.12.2016.

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- che il richiedente è coniugato con _____
codice fiscale _____ (*barrare l'ipotesi solo se ricorre ed in assenza di separazione legale o divorzio*);
- che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli di dottore commercialista portatori di handicap o malattie invalidanti (*barrare l'ipotesi solo se ricorre*);
- di dimorare o di aver dimorato presso una casa di riposo o un istituto di ricovero pubblico o privato per anziani, malati cronici o lungodegenti;
- di aver sostenuto a proprio carico la retta e che la stessa non è stata soggetta a rimborso parziale o totale da parte di altri Enti;
- di voler ricevere il contributo richiesto mediante (*barrare la modalità prescelta*):
 - accreditalimento in c/c bancario n. _____ presso _____, intestato al/alla sottoscritt _____, codice IBAN: _____ e codice BIC/SWIFT: _____ (se il conto è estero);
 - assegno circolare non trasferibile intestato al/alla sottoscritt _____ da recapitare al seguente domicilio in _____, comune di _____, (prov. _____) Via _____, n. _____, c.a.p. _____, esonerando la CNPADC da ogni responsabilità per smarrimento dell'assegno ovvero illecita riscossione dello stesso da parte di terzi.

ALLEGA

(in caso di documentazione allegata carente o non corrispondente a quanto di seguito indicato, la domanda è inammissibile)

- copia del documento d'identità del sottoscrittore della domanda in corso di validità, in cui siano ben visibili la data di rilascio e la data di scadenza;
- **certificato** di stato di famiglia del richiedente rilasciato in data non antecedente a tre mesi (**CERTIFICATO NON SOSTITUIBILE DA AUTOCERTIFICAZIONE**);
- copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di **tutti** i componenti il nucleo familiare del richiedente;
- copia integrale della eventuale sentenza di separazione o di divorzio del richiedente;

- **certificazione** medica idonea a comprovare l'eventuale non autosufficienza del richiedente ovvero del proprio familiare (**CERTIFICATO NON SOSTITUIBILE DA AUTOCERTIFICAZIONE**) - (*se ricorre l'ipotesi*);
- dichiarazione rilasciata dalla casa di riposo o dall'istituto di ricovero per anziani, malati cronici o lungodegenti dalla quale risulti la permanenza presso la stessa e la misura della retta mensile;
- copia della certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.1 della legge 15/10/1990 n. 295, come previsto dall'art.4 della Legge del 5 febbraio 1992, n.104 (**obbligatoria se è stata barrata l'ipotesi che nel nucleo familiare sono presenti uno o più figli portatori di handicap o malattie invalidanti**);
- copia nomina tutore, curatore o amministratore di sostegno (*se ricorre l'ipotesi*).

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il/la sottoscritt____, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata, ai sensi dell'art. 13 del medesimo Decreto, sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei dati dichiarati nella presente domanda, ed in particolare dei dati considerati sensibili ai sensi dell'art. 4, lettera d), del Decreto Legislativo n.196/2003, da parte della CNPADC e dei terzi ai quali la stessa li comunicherà per la gestione e corretta esecuzione della presente domanda e per le altre finalità connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dallo Statuto della CNPADC medesima.

Data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.supporto@pec.cnpadc.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1 – 00198 o con consegna diretta all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1.

Tutte le comunicazioni relative alla presente domanda verranno inviate alla casella di posta elettronica certificata (PEC) dell'iscritto/pensionato se precedentemente comunicata e autorizzata (è possibile fornire l'indirizzo PEC accedendo nell'area riservata ai Professionisti sul sito www.cnpadc.it) in mancanza di PEC verrà inviata una Raccomandata A.R. all'indirizzo dell'iscritto/pensionato.

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'iscritto/pensionato, le comunicazioni relative alla presente domanda saranno inviate tramite Raccomandata A.R. all'indirizzo indicato nel presente modulo.