



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 1/1/2019 E IL 31/12/2019

art. 51 del Regolamento Unitario

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/reversibilit  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 16/03/2020)

di essere ammesso 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 1.1.2019 e il 31.12.2019.

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 accreditamento in c/c bancario n. _____ presso _____, intestato al/alla sottoscritt _____, codice IBAN: _____ e codice BIC/SWIFT: _____ (se il conto è estero).

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___, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito www.cnpadc.it, autorizza espressamente il trattamento dei propri dati relativi a categorie particolari (così come definiti ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. a) del Regolamento UE 679/2016), da parte della CNPADC per la gestione e la corretta esecuzione della presente domanda.

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 dei Servizi online 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.