

ALLEGATO

Richiesta beneficio Fondo Infortuni.

Il/La sottoscritto/a nato/a a
 il Sesso M F Documento di identità n.
 rilasciato da in data residente in
 Provincia Via
 n. CAP recapito telefonico email
 nella sua qualità di (barrare la casella corrispondente)

coniuge figlio/a padre/madre fratello/sorella

di nato/a a il
 Sesso M F C.F. residente in Provincia
 Via n. CAP deceduto/a in data
 in per l'infortunio occorso il presso la ditta
 Via
 Comune Provincia

CHIEDE

l'ammissione al beneficio ex art. 1, comma 1187, legge 27 dicembre 2006, n. 296.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il nucleo dei superstiti aventi diritto è così composto:

coniuge:

COGNOME e NOME	Sesso (M/F)	CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita

N. ... figli minori di anni 18 legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi:

COGNOME e NOME	Sesso (M/F)	CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita

N. ... figli maggiori di anni 18, studenti e viventi a carico:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Istituto di istruzione o Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol./Accad.	Anno prima immatr.



N. figli maggiori di anni 18, totalmente inabili al lavoro e viventi a carico:

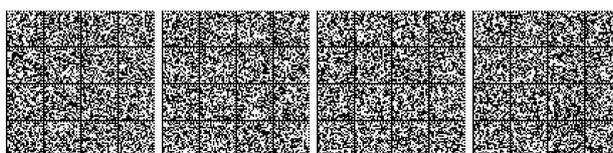
COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Inabile al lavoro dal Per (causa)

Padre e madre viventi a carico, **solo in assenza di coniuge e/o figli**:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

Fratelli e sorelle conviventi ed a carico, **solo in assenza di coniuge e/o figli**:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Istituto di istruzione Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol./ Accad.	Anno prima imma tr.



MODELLO DI DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEL BENEFICIO UNA TANTUM

I sottoscritti delegano alla riscossione del beneficio *una tantum* di cui all'art. 1, comma 1187, legge 27 dicembre 2006, n. 296, dell'importo di €. _____ il/la Sig./Sig.ra¹ _____
 _____, nato/a a _____ il _____
 C.F. _____ residente a _____
 Prov. _____, in via _____, n. _____ Cap _____

FIRMA DEI DELEGANTI

AUTENTICAZIONE² DELLE FIRME APPOSTE SULLA DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Io sottoscritto _____ qualifica _____
 (cognome e nome del funzionario attestatore) (qualifica del funzionario attestatore)
 nella qualità di _____

attesto che:

il/la dichiarante Sig./Sig.ra _____
 identificata in base³ _____

hanno sottoscritto alla mia presenza la delega alla riscossione.

 IL FUNZIONARIO ADDETTO
 (Cognome, Nome e qualifica)

¹ La persona del delegato deve essere la stessa che presenta l'istanza.

² Le firme possono essere autenticate, previa identificazione di ciascun delegante, dal funzionario incaricato a ricevere la documentazione presso la competente sede dell'Istituto (INAIL o IPSEMA) o presso gli Uffici comunali.

³ Estremi del Documento attestante l'identità del dichiarante.

