ALL A

MODULO PER CONTRIBUTO STRAORDINARIO (da inviare esclusivamente tramite Sede di appartenenza)

All'Opera Nazionale di Assistenza per il Personale
del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco
Via Cavour. 5
00184 ROMA

QUALIFICA, COGNOME E NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ _____LUOGO: _____ ( )

CODICE FISCALE:_____

dipendente (in servizio)_____(in quiescenza)_____vedovo/a_____(fare una X sulla casella interessata)

Reddito complessivo nucleo familiare relativo scorso anno: € _____

RESIDENZA (via-piazza, num. civico e città)_____

TELEFONO_____COMANDO PROVINCIALE VV.F. di_____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

Coniugato/a_____Vedovo/a_____ Celibe/nubile _____ Divorziato/a Separato/a_____

ed ha n. figli_____rispettivamente di anni _____ _____ _____

sono a carico _____moglie/marito_____

CAUSALE DELLA RICHIESTA DI INTERVENTO ASSISTENZIALE:

Malattia ..... _____

Intervento chirurgico _____

Infortunio ..... _____

Precarie condizioni economiche _____

Adozione _____

Decesso in data _____

Figlio/a _____ Coniuge_____

Diagnosi (campo da compilare solo nel caso di richiesta di contributo per malattia)

_____

_____

_____

_____ _____

(firma del richiedente)

Spese per visite mediche	€
Spese soggiorno	€
Spese viaggi aerei	€
Spese viaggi ferroviari	€
Spese viaggi autostrada	€
Spese alloggio	€
Spese sanitarie	€
Spese intervento chirurgico	€
Spese per esami specialistici (esclusi tickels)	€
Spese per ticket.s vari	€
Spese di fisioterapia	€
Spese di degenza	€
Altre spese (Adozione)	€

_____

(firma del richiedente)

Dichiara inoltre di non aver percepito né di dover percepire per la medesima causale analogo contributo o rimborso da parte di altri enti o società assicurative e, in particolare dalla società con la quale l'Opera ha stipulato la polizza assicurativa.

Il sottoscritto si avvale delle disposizioni di cui al DPR 28 dicembre 2000 n. 445 consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, nonché della facoltà di codesto Ufficio di effettuare le opportune verifiche e richieste di documenti e certificazioni. Si impegna altresì a comunicare tempestivamente ogni variazione che sopraggiunga prima dell'erogazione del contributo.

Consente infine al trattamento dei dati sensibili di cui al Decreto Legislativo del 30/6/2003 n. 196 che gli sono richiesti e che verranno utilizzati esclusivamente per lo scopo di cui alla presente istanza.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere a conoscenza dei propri diritti ex Decreto Legislativo del 30/6/2003 n. 196 e che il titolare del trattamento dei dati è il Presidente dell'Opera ed il Responsabile è il Segretario Generale dell'Opera.

In fede.

_____ _____

(luogo e data)

_____

(firma del richiedente)

_____

(Firma, relativamente al trattamento dei dati sensibili di cui Decreto legislativo 30 06 2003. n. i%. del familiare alletti» da malattia cui l'istanza è riferita, se maggiorenne ed in grado di lìrma re. altrimenti il richiedente riapponga la propria lìrma)

_____

(Nome,cognome e qualifica del funzionario)

_____

(Fìrma per esteso del funzionario con timbro dell'ufficio)

N.B. Le domande devono essere firmate di fronte al funzionario incaricato; in assenza occorre allegare il documento d'identità del richiedente. Inoltre le domande presentate al referente ONA devono essere compilate in ogni parte. Le domande incomplete verranno respinte.