

Domanda di sostegno economico in favore dei familiari degli esercenti le professioni sanitarie, degli operatori socio-sanitari e dei soggetti con mansioni di supporto e assistenza ai professionisti sanitari impegnati nelle azioni di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, ai sensi dell'art. 2 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 693 del 17 agosto 2020 e s.m.i.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'ottenimento del beneficio richiesto ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ (Prov. _____) il _____

residente a _____ (Prov. _____) via _____

n. _____, CAP _____;

codice fiscale _____;

indirizzo di posta elettronica _____;

recapito telefonico _____;

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, fa richiesta del beneficio di cui all'articolo 2 dell'OCDPC n. 693 del 17 agosto 2020 e s.m.i. e, a tal fine,

DICHIARA

1. di essere uno dei soggetti di cui all'articolo 2 dell'OCDPC n. 693/2020 e s.m.i.:

- coniuge superstite non separato legalmente;
- convivente di fatto;
- figli legittimi, naturali, riconosciuti o riconoscibili, adottivi già conviventi con il defunto e inclusi nello stato di famiglia alla data del decesso;
- figli legittimi naturali, riconosciuti o riconoscibili, adottivi non residenti anagraficamente con il defunto fino al 21° anno di età se studenti di scuola media superiore o professionale, fino al 26° anno di età se studenti universitari, maggiorenni inabili, portatori di handicap ovvero disabili con percentuale di invalidità non inferiore al 67%;

- soggetto esercente la potestà genitoriale del/i minore/i:
- (nome)_____ (cognome)_____,
nato a _____, il _____;
 - (nome)_____ (cognome)_____,
nato a _____, il _____;
 - (nome)_____ (cognome)_____,
nato a _____, il _____.

genitori naturali o adottivi;

fratelli o sorelle;

del/la defunto/a (nome)_____ (cognome)_____,
nato/a a _____ il _____ e deceduto/a a _____,
il _____, Azienda Sanitaria territorialmente competente _____
_____;

che svolgeva la seguente professione di:

- medico
- infermiere
- operatore socio-sanitario
- soggetto con mansioni di supporto e assistenza ai professionisti sanitari (specificare la tipologia di mansione) _____;

presso la struttura _____,
dove prestava attività di contenimento e gestione dell'emergenza Covid-19 ed ha contratto una patologia alla quale sia conseguita la morte per effetto diretto o "come concausa" del contagio da Covid-19;

2. che il nucleo familiare per il quale si chiede il beneficio è così composto:

da compilare se i COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE ERANO CONVIVENTI CON IL DEFUNTO E INCLUSI NELLO STATO DI FAMIGLIA ALLA DATA DEL DECESSO:

- nome _____ cognome _____ nato/a a _____
il _____; grado di parentela con il defunto _____;

- nome _____ cognome _____ nato/a a _____
il _____; grado di parentela con il defunto _____;

- nome _____ cognome _____ nato/a a _____
il _____; grado di parentela con il defunto _____;

- nome _____ cognome _____ nato/a a _____
il _____; grado di parentela con il defunto _____;

- nome _____ cognome _____ nato/a a _____
il _____; grado di parentela con il defunto _____;

- nome _____ cognome _____ nato/a a _____
il _____; grado di parentela con il defunto _____;

ovvero

da compilare se i SOGGETTI NON ERANO RESIDENTI ANAGRAFICAMENTE CON IL DEFUNTO:

- coniuge superstite non separato legalmente:

nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____.

- figli legittimi naturali, riconosciuti o riconoscibili, adottivi fino al 18° anno di età, fino al 21° anno di età se studenti di scuola media superiore o professionale, fino al 26° anno di età se studenti universitari, maggiorenni inabili, portatori di handicap ovvero disabili con percentuale di invalidità non inferiore al 67%:

- nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
categoria di appartenenza (minore, studente, inabile, portatore di handicap o disabile) _____
_____;

• nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
categoria di appartenenza (minore, studente, inabile, portatore di handicap o disabile) _____
_____;

• nome _____ cognome _____
nato/a a _____ il _____
categoria di appartenenza (minore, studente, inabile, portatore di handicap o disabile) _____
_____;

3.

di aver diritto alla maggiorazione del beneficio di cui all'art. 2, comma 2, dell'OCDPC n. 693/2020, in quanto uno o più componenti del nucleo è appartenente ad una delle sotto indicate categorie:

- persone di età superiore a 65 anni, nel numero di _____;
- persone portatrici di handicap ovvero disabili con percentuale di invalidità non inferiore al 67%, nel numero di _____;

ovvero

di non aver diritto alla suddetta maggiorazione di cui all'art. 2, comma 2, dell'OCDPC n. 693/2020;

4.

di aver diritto all'incremento del beneficio di cui all'art. 2, comma 3, dell'OCDPC n. 693/2020, in quanto il decesso è stato preceduto da un ricovero e sono state sostenute spese mediche ed assistenziali pari alla somma di € _____, debitamente documentate (allegare la pertinente documentazione) e non rimborsate da assicurazioni;

ovvero

di non aver diritto all'incremento del suddetto beneficio di cui all'art. 2, comma 3, dell'OCDPC n. 693/2020;

5.

di non aver ricevuto altri benefici pubblici per la medesima finalità;

ovvero

di aver ricevuto altri benefici pubblici per la medesima finalità erogati da (specificare l'Amministrazione) _____, di importo pari a _____;

6. che non sono state presentate da parte del nucleo familiare altre istanze di sussidio ai sensi dell'ordinanza n. 693/2020;
7. che l'accredito dell'eventuale beneficio riconosciuto avvenga sul seguente conto corrente, di cui si riporta il codice IBAN:

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La dichiarazione è presentata unitamente a copia fotostatica del documento di identità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2020.

data

firma
