



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Ufficio del Capo del Dipartimento

Ufficio per le Relazioni Sindacali



GDAP-0261897-2014

J-GDAP-1e00-22/07/2014-0261897-1014

Prot.n.

Ai rappresentanti delle OO.SS.
del Comparto Sicurezza

Ai rappresentanti delle OO.SS.
Comparto Ministeri e Dirigenza

S.A.P.Pe.

CISL FP e FNS

SI.DI.PE.

UIL – PA/ PP

FP CGIL

D.P.S.

OSAPP

UIL - PA Coord. Penit.

UNADIS

Si.N.A.P.Pe.

CONFSAL UNSA

D.I.R.S.T.A.T.

C.I.S.L.-F.N.S.

Fed. Naz. UGL INTESA

FED. ASSOMED –

U.G.L. Polizia Penitenziaria

FILP

SIVEMP

F.S.A C.N.P.P.

USB PI

LORO SEDI

C.G.I.L.-F.P.

OGGETTO: Criteri di elargizione dei sussidi al personale dell'Amministrazione penitenziaria art.3 comma 3 del D..P.C.M. 21.2.2008 – anno 2014.

Si trasmette per opportuna informativa, la ministeriale n. GDAP 0260601 datata 22.7.2014, dell'Ente di Assistenza per il Personale dell'Amministrazione Penitenziaria, di cui all'oggetto.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO



Ministero della Giustizia

UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA



GDAP - 0260601 - 2014

PU-GDAP-1n00-22/07/2014-0260601-2014

- Ai Direttori delle Direzioni Generali del Dipartimento
- Al Direttore dell' Istituto Superiore di Studi Penitenziari
- Ai Direttori degli Uffici di Staff del Capo del Dipartimento
- Ai Provveditori Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria
- Al Direttore del Centro Amministrativo "Giuseppe Altavista"
- Ai Direttori degli Istituti Penitenziari
- Ai Direttori degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna
- Ai Direttori delle Scuole di formazione e aggiornamento del Corpo di Polizia e del Personale dell'Amministrazione Penitenziaria
- Ai Direttori dei Magazzini Vestiario
- Ai Gestori degli Spacci

LORO SEDI

- Al Capo del Dipartimento per la Giustizia Minorile

ROMA

- Ai Componenti del Comitato di Indirizzo Generale dell'Ente di Assistenza

LORO SEDI

OGGETTO: Criteri di elargizione dei sussidi al personale dell'Amministrazione Penitenziaria - art. 3 comma 3 del D.P.C.M. 21/2/2008 - anno 2014.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente ha approvato il bilancio preventivo per l'anno 2014 stanziando, per l'erogazione dei sussidi, la somma di € 1.500.000,00 ed ha



Ministero della Giustizia
**UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
 ENTÈ DI ASSISTENZA
 PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

confermato le modalità di ripartizione del budget in relazione al numero delle istanze pervenute nel corso dell'anno ed alla tipologia dell'evento o stato. Dette istanze di sussidio saranno esaminate e valutate da una Commissione appositamente istituita dal Consiglio di Amministrazione di questo Ente.

NOTIZIE GENERALI

In relazione alla richiesta di sussidio si specifica quanto segue:

- le spese sostenute devono essere riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente (dal 01/08/2013 al 31/12/2013);
- sono escluse le richieste riguardanti:
 - le spese sanitarie rimborsabili dal S.S.N. o da altri enti, comprese le assicurazioni private;
 - i ticket per acquisto di farmaci, biglietti autobus, carte telefoniche, scontrini vari ad esclusione di quelli relativi all'acquisto di farmaci che non prevedono la prescrizione medica;
 - le spese per gli interventi chirurgici di carattere estetico, salvo quelli relativi a chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattie gravi o incidenti;
- eventuali richieste di riesame delle istanze non accolte potranno essere inoltrate a questo Ente entro e non oltre 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della comunicazione di rigetto.

REQUISITI E MODALITA' DI ACCESSO AL BENEFICIO

Il sussidio può essere richiesto da:

- I. Appartenenti al personale dell'Amministrazione penitenziaria;
- II. loro coniugi superstiti;
- III. loro orfani.



Ministero della Giustizia

UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

Il sussidio, erogato agli aventi diritto, sarà determinato in relazione al budget, al numero delle istanze pervenute, alla tipologia dell'evento o stato ed alla fascia ISEE di appartenenza di cui alla tabella di riferimento.

Per accedere al beneficio l'indicatore ISEE del richiedente non deve essere superiore ad € 25.000,00, fatta eccezione per gravi eventi straordinari di cui ai punti 1d e 2d.

Si fa presente che il sussidio di cui al punto c) **RIABILITAZIONE PROTESICA** può essere richiesto solo ed esclusivamente dal dipendente **per sé stesso**.

TIPOLOGIE DI INTERVENTO

a) STATI DI INVALIDITÀ E DI HANDICAP

1.a) figli minori riconosciuti invalidi civili totali e permanenti pari al 100%, o "*invalidi civili con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita*";

2.a) figli minori riconosciuti invalidi civili "*per difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età*" o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L.104/92. La Commissione, al fine di poter elargire il sussidio, ricaverà sulla base delle informazioni riportate nel modello sanitario, correttamente compilato in ogni sua parte pena l'esclusione dal beneficio, la percentuale di invalidità, non indicata nei certificati per i minori. Si specifica che, nel caso in cui nella sez. 3 del citato modello sanitario, venga riportata la stessa diagnosi presente nel certificato di invalidità, l'istanza non potrà essere adeguatamente valutata.

Il sussidio verrà erogato per le percentuali di invalidità individuate pari o superiori al 40%.



Ministero della Giustizia

UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

3.a) coniuge e/o figli maggiorenni fiscalmente a carico, riconosciuti invalidi civili con percentuale non inferiore all'80%.

b) RICOVERI - INTERVENTI CHIRURGICI - TERAPIE PER GRAVI PATOLOGIE - ATTREZZATURE

1.b) spese sostenute dal dipendente **per sé stesso** in relazione a ricoveri, interventi chirurgici e/o terapie per patologie di particolare gravità, in strutture pubbliche o private. Il contributo per le spese sostenute presso le strutture private è concesso soltanto in caso di mancata tempestività del S.S.N. a fornire le stesse prestazioni, debitamente documentata;

2.b) spese sanitarie, comprese quelle per le attrezzature correlate allo stato di invalidità del dipendente **riconosciuto invalido civile o disabile** ai sensi della legge 104/92;

3.b) spese sostenute, **per coniuge o figli fiscalmente a carico**, in relazione a ricoveri, interventi chirurgici e/o terapie per patologie di particolare gravità, in strutture pubbliche o private, a fronte di una spesa minima di €.500,00.

Il contributo per le spese sostenute presso le strutture private è concesso soltanto in caso di mancata tempestività del S.S.N. a fornire le stesse prestazioni, debitamente documentata;

4.b) spese sostenute, per il **coniuge o figli fiscalmente a carico riconosciuti invalidi civili**, per acquisto di attrezzature particolari (carrozzelle, apparecchi acustici ecc.) e/o spese per terapie riabilitative, legate alla patologia invalidante.



Ministero della Giustizia

**UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

Se già si fruisce di uno dei sussidi di cui al punto 1.a), 2.a) e 3.a) il contributo economico sarà erogato in rapporto alla differenza tra il sussidio percepito l'anno precedente e la spesa sostenuta, solo nel caso in cui detta spesa superi il sussidio erogato.

Si specifica che non può essere richiesto prima di due anni un contributo economico per un stesso ausilio o attrezzatura, di cui ai punti 2.b) e 4.b), per i quali sia già stato erogato un sussidio.

c) RIABILITAZIONE PROTESICA

(solo per il dipendente)

1.c) spese per sé stesso relative alla riabilitazione protesica delle arcate dentarie (protesi fisse o mobili).

Il contributo potrà essere erogato **alla conclusione della prestazione**, determinato in percentuale al budget individuato per tale tipologia di evento, al numero delle istanze pervenute e secondo la tabella ISEE di riferimento.

Saranno prese in considerazione le prestazioni concluse e fatturate dal 1° agosto 2013 al 31 luglio 2014.

d) GRAVI EVENTI STRAORDINARI

1.d) danni legati a calamità naturali, riconosciute dalle competenti Autorità con dichiarazione di stato di emergenza.

Il contributo economico straordinario potrà essere erogato in relazione al budget individuato, a prescindere dal limite massimo di ISEE.



Ministero della Giustizia
**UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
 ENTE DI ASSISTENZA
 PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

2.d) spese impreviste sostenute a causa di eventi di eccezionale gravità e che abbiano prodotto al dipendente una situazione di grave disagio economico, debitamente documentate.

Il contributo economico potrà essere erogato in relazione al budget individuato, a prescindere dal limite massimo di ISEE.

In particolare per quanto riguarda le istanze relative ai casi di furto, si precisa che saranno prese in considerazione solo le spese, debitamente documentate, di danni strutturali provocati all'immobile (es. porte, finestre etc.).

TABELLA FASCE ISEE

FASCIA	INDICATORE ISEE	IMPORTO
1	fino a € 9.500,00	MASSIMO
2	da € 9.501,00 a € 11.000,00	RIDOTTO del 10%
3	da € 11.001,00 a € 13.000,00	RIDOTTO del 20%
4	da € 13.001,00 a € 15.000,00	RIDOTTO del 30%
5	da € 15.001,00 a € 17.000,00	RIDOTTO del 40%
6	da € 17.001,00 a € 19.000,00	RIDOTTO del 50%
7	da € 19.001,00 a € 21.000,00	RIDOTTO del 60%
8	da € 21.001,00 a € 23.000,00	RIDOTTO del 70%
9	da € 23.001,00 a € 25.000,00	RIDOTTO del 80%



Ministero della Giustizia

UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SUSSIDIO

Le richieste di sussidio devono essere presentate secondo le indicazioni di seguito riportate:

punto 1.a):

- copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile totale e permanente in corso di validità;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013 valida all'atto della domanda.

punto 2.a):

- copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile attestante le *"difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età"* o del certificato di portatore di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/92;
- modello sanitario **anno 2014**, che dovrà essere compilato dal medico specialista e/o di famiglia **in tutte le sezioni**, secondo le indicazioni riportate nello stesso. Si specifica che, nel caso in cui nella sez. 3 venga riportata la stessa diagnosi presente nel certificato di invalidità, l'istanza non potrà essere adeguatamente valutata;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013 valida all'atto della domanda.

punto 3.a):

- copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile ove si evinca la percentuale compresa dall'80% al 100%;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013 valida all'atto della domanda.



Ministero della Giustizia

UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

punto 1.b):

- copia conforme all'originale di tutte le spese sostenute, riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente ovvero dal 01/08/2013 al 31/12/2013;
- riepilogo delle spese sostenute;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013 valida all'atto della domanda;
- attestato comprovante l'indisponibilità del S.S.N. a fornire le stesse prestazioni;
- copia della cartella clinica;

punto 2.b):

- copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile o del riconoscimento di handicap ai sensi della L. 104/92;
- copia autenticata o conforme delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente, ovvero dal 01/08/2013 al 31/12/2013;
- riepilogo delle spese sostenute su modello debitamente compilato;
- documentazione idonea che dimostri la correlazione tra le spese sostenute e la patologia per la quale è stato riconosciuto lo stato di handicap;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013 valida all'atto della domanda.

punto 3.b):

- copia conforme all'originale delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente, ovvero dal 01/08/2013 al 31/12/2013;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013 valida all'atto della domanda;



Ministero della Giustizia
**UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
 ENTE DI ASSISTENZA
 PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

- dichiarazione dell'eventuale rimborso percepito da parte di altri enti, o che la spesa non è stata e non sarà rimborsabile da altri organismi;

punto 4.b):

- copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile;
- documentazione conforme all'originale delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente, ovvero dal 01/08/2013 al 31/12/2013;
- riepilogo delle spese sostenute su modello debitamente compilato;
- documentazione idonea che dimostri la correlazione tra le spese sostenute e la patologia per la quale è stato riconosciuto lo stato di handicap;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013 valida all'atto della domanda;

punto 1.c) :

- copia conforme all'originale della documentazione della spesa totale sostenuta, riferita a prestazioni concluse e fatturate dal 1° agosto 2013 al 31 luglio 2014;
- riepilogo delle spese sostenute su modello debitamente compilato;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013, valida all'atto della domanda;
- relazione del medico dentista riportante la diagnosi, il piano di trattamento, la descrizione del manufatto, nonché la dichiarazione che le fatture emesse siano relative alla prestazione per la quale il dipendente chiede il sussidio;
- copia della dichiarazione di conformità ai sensi del decreto legislativo n.46 del 24 febb. 1997 in attuazione alla direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici;

punto 1.d):

- copia conforme all'originale della documentazione comprovante lo stato di calamità naturale;



Ministero della Giustizia

UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

- autocertificazione di abitazione principale;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013, valida all'atto della domanda;

punto 2.d):

- copia conforme all'originale della documentazione comprovante le spese sostenute in relazione all'evento per cui si chiede il sussidio ;
- attestazione dell'eventuale rimborso percepito da parte di altri enti, o attestazione che la spesa non è stata e non sarà rimborsabile da altri organismi;
- copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi anno 2013, valida all'atto della domanda;

Si precisa che, qualora il certificato di invalidità e/o quello relativo alla legge 104/92 art.3 comma 3, abbia scadenza nel corso dell'anno 2014, i mesi successivi a detta scadenza non verranno liquidati.

Analogamente, nel caso in cui il figlio minore per il quale si richiede il sussidio diventi maggiorenne nel corso dell'anno 2014, in assenza di nuova certificazione, verranno liquidati soltanto i mesi relativi alla minore età.

TEMPI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE da parte dei dipendenti

I dipendenti dovranno consegnare le istanze alle segreterie di appartenenza **entro e non oltre il 6 settembre 2014.**

Le richieste di sussidio dovranno essere compilate obbligatoriamente sull'apposito modulo redatto da questo Ente, pena l'esclusione. Al fine del rispetto della privacy, il dipendente può chiedere di effettuare la trasmissione dell'istanza in busta chiusa, a



Ministero della Giustizia

**UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

mezzo posta. In tal caso questo Ente non si assume nessuna responsabilità in merito allo smarrimento dell'istanza stessa.

I dati autocertificati saranno sottoposti a controllo secondo la normativa vigente.

NOTIZIE GENERALI RISERVATE ALLE SEGRETERIE

La trasmissione delle istanze di sussidio deve avvenire esclusivamente tramite il form elettronico presente, con un link dedicato, sul sito istituzionale – rete Intranet <http://dap.giustizia.it>.

Si comunica che l'operatore individuato dovrà essere, per quanto possibile, lo stesso già autorizzato/registrato per tutte le altre attività poste in essere dall'Ente di Assistenza, al fine di utilizzare le credenziali precedentemente abilitate.

Nel caso in cui fosse necessario abilitare nuove credenziali, le Direzioni di appartenenza dovranno comunicare formalmente, tramite posta elettronica all'indirizzo: attivasociali.eap.dap@giustizia.it, il nominativo dell'operatore individuato.

Si rammenta che i dati inerenti le istanze di sussidio rientrano nella sfera dei dati personali e sensibili, pertanto le Direzioni avranno cura di rispettare le norme vigenti in materia di privacy.

Le norme operative per l'eventuale richiesta di credenziali saranno presenti sul sito dell'Ente all'atto dell'attivazione del form elettronico.

Al fine di facilitare la lettura della documentazione inserita nel form, si invitano le segreterie a suddividere i documenti specificandone l'oggetto.

TEMPI E MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLE ISTANZE da parte delle Segreterie

Si comunica che il form elettronico per l'inserimento delle domande di sussidio sarà attivo **dal 28 luglio al 15 settembre 2014.**



Ministero della Giustizia
**UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
ENTE DI ASSISTENZA
PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

Nel form dovranno essere inseriti tutti i dati, relativi al dipendente, presenti nel modulo di domanda, procedendo poi alla scansione digitale (scanner – foto – pdf) della relativa documentazione presentata (sanitaria, mod. ISEE, invalidità, ecc.), la quale dovrà essere acquisita dalla procedura, secondo le modalità indicate nelle sopracitate norme operative.

Si ricorda infine che qualsiasi modifica, integrazione di documenti, ecc. avverrà esclusivamente tramite form elettronico.

La presente circolare e i relativi moduli saranno a disposizione sul sito internet www.enteassistenza.it ed intranet <http://10.0.255.219> di questo Ente.

Si raccomanda la massima diffusione.


LUIGI PAGANO
IL VICE CAPO VICARIO
Dott. Luigi Pagano



MODULO DI RICHIESTA SUSSIDIO – ANNO 2014

(deve essere compilato in stampatello in ogni sua parte)

RICHIEDENTE

COGNOME											
NOME						COD. FISC.					
DATA DI NASCITA			/	/		LUOGO DI NASCITA					
QUALIFICA								MATR.			
SEDE DI DERIVAZIONE											

Dichiara sotto la propria responsabilità

ai sensi dell'art. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE) e degli artt. 75 e 76 (DICHIARAZIONI MENDACI) D.Lgs. 445/2000

- di essere: celibe / nubile coniugato/a separato/a convivente vedovo/a
- che il familiare per il quale si chiede il sussidio: è a carico del dipendente non è a carico del dipendente

BENEFICIARIO: Cognome e Nome	Data di nascita	Attività	Grado di parentela

- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) anno 2013 è pari a € _____
- che i componenti dello stesso nucleo familiare, dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria, non hanno presentato e non intendono presentare analoga richiesta per lo stesso evento

CHIEDE UN SUSSIDIO

1- Invalidi/portatori di handicap:	figlio minore	<input type="checkbox"/>	figlio maggiorenne	<input type="checkbox"/>	coniuge	<input type="checkbox"/>		
2- Interventi chirurgici /Ricovero/Terapie:	dipendente	<input type="checkbox"/>	figlio minore	<input type="checkbox"/>	figlio maggiorenne	<input type="checkbox"/>	coniuge	<input type="checkbox"/>
3- Prestazioni per riabilitazione protesica delle arcate dentarie:	dipendente	<input type="checkbox"/>						
4- Attrezzature particolari:	dipendente	<input type="checkbox"/>	figlio minore	<input type="checkbox"/>	figlio maggiorenne	<input type="checkbox"/>	coniuge	<input type="checkbox"/>
5- Grave evento straordinario:	dipendente	<input type="checkbox"/>	figlio minore	<input type="checkbox"/>	figlio maggiorenne	<input type="checkbox"/>	coniuge	<input type="checkbox"/>

Dichiara, altresì, di aver preso visione della vigente circolare relativa ai sussidi - barrare la casella

(Luogo e data) _____ (Firma) _____

(timbro lineare della Direzione)

LA NON COMPILAZIONE DEI CAMPI INDICATI CON L'ASTERISCO E' MOTIVO DI ESCLUSIONE DAL BENEFICIO

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

(Luogo e data) _____ (Firma) _____

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.



MODELLO SANITARIO – ANNO 2014

Da allegare alle istanze di cui al punto 2.a) della circolare dei sussidi, redatto da un medico.

PER UNA CORRETTA COMPILAZIONE LEGGERE LE NOTE A PIÈ DI PAGINA

Dati anagrafici del paziente:

Cognome

Nome

Data di nascita / /

SEZ. 1 - Diagnosi (indicare la data di insorgenza della malattia):

SEZ. 2 - Interventi chirurgici:

barrare la casella interessata
SI NO

IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA DATA DELL'INTERVENTO _____

MODELLO-RIEPILOGO SPESE SOSTENUTE ANNO 2014



Da allegare alle istanze di sussidio di cui ai punti 1 b), 2.b), 3.b), 4.b), 1.c) della circolare dei sussidi.

Dati anagrafici del dipendente o del familiare beneficiario del sussidio/contributo:

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____ / ____ / ____

DIPENDENTE CONIUGE A CARICO CONIUGE SUPERSTITE FIGLIO A CARICO ORFANO DIP.TE

1. Spesa sostenuta per:

Ricovero/intervento chirurgico/terapie Riabilitazione protesica

Descrizione sintetica a giustificazione delle spese sostenute (evento, luogo, periodo del ricovero, ecc)

2. elenco delle spese sostenute

Euro

1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____
10) _____	_____

_____ data

_____ firma del richiedente

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

_____ data

_____ firma del richiedente

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.

SEZ. 3 - Compromissione della patologia sulla qualità della vita del paziente:

barrare la casella interessata

SI

NO

**IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA TIPOLOGIA E L'ENTITA'
DELL'ATTUALE COMPROMISSIONE**

_____ data

_____ Timbro e firma del Medico

NOTE ESPLICATIVE

- Scrivere in modo leggibile e compilare integralmente il modello, pena l'esclusione dalla valutazione e quindi dal sussidio.
- Nel caso in cui venga barrata la casella "NO" della Sez. 3, verrà interpretata come "assenza di deficit invalidanti", per cui l'istanza di sussidio sarà respinta senza essere valutata.
- Nel caso in cui venga riportata nella Sez. 3 la stessa dizione presente sul certificato di invalidità civile l'istanza di sussidio non sarà valutata.