



**Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti**  
RAMO TRASPORTI (D.P.R. 12.2007, N.271)  
DIREZIONE GENERALE PER GLI AFFARI GENERALI ED IL PERSONALE  
Divisione III  
Via Caracci, n.36 - 00157 Roma

1 - LUG. 2008  
EU. 19893

Roma, 30/6/08

**AI CAPI DEGLI UFFICI CENTRALI E PERIFERICI  
LORO SEDI**

**ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI  
LORO SEDI**

**COMITATO SUSSIDI**  
Prot. N.

**Oggetto : Circolare N.16/98/B/02 Legge 1/12/1986. n. 870 - art.16.  
Interventi assistenziali per le spese sostenute dal 1.1.2008.**

Si trasmette la nuova Circolare di cui all'oggetto, invitando le SS.LL. a renderla nota a tutti i dipendenti.

Si invitano inoltre i destinatari della presente comunicazione di informare tutto il personale dipendente che il Gruppo di Lavoro costituito con D.D. n. 10/B/02 del 9/4/2008, nella riunione del 16/5/2008 ha deciso di non sussidiare più, con decorrenza dalla data della riunione stessa, il personale che si reca in missione nelle sedi degli Uffici periferici, ove risultava momentanea carenza di personale qualificato per lo svolgimento delle operazioni tecniche.

Si coglie l'occasione per informare che il lavoro per l'esame delle pratiche presentate a questo Comitato è stato suddiviso territorialmente tra il personale addetto all'istruttoria come appresso descritto:

Piemonte - Val D'Aosta - Emilia Romagna - Marche	Sig.ra DI NAPOLI	tel. 2682
Toscana - Umbria - Veneto - Trentino Alto Adige - Friuli Venezia Giulia (part-time solo merc.-giov.-ven.)	Sig. SCHETTINI	tel. 2681
Sicilia - Calabria - Campania - Molise	Sig.ra BONAVENTURA	tel. 2654
Lazio - Abruzzo - Puglia - Basilicata	Sig.ra BERLIRI	tel. 2655
Lombardia - Liguria - Sardegna	Sig.ra BRAGAGLIA	tel. 2676
Sede Centrale (lettere A - L)	Sig.ra MERO	tel. 2674
Sede Centrale (lettere M - Z)	Sig.ra ANDREANGELI	tel. 2680

Si prega pertanto per eventuali informazioni di rivolgersi esclusivamente al funzionario addetto all'esame delle pratiche della regione di appartenenza.

IL DIRETTORE DELLA DIVISIONE III



**Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti**

**Ramo Trasporti (D.P.R. 8/12/2007 n.271)**

DIPARTIMENTO PER IL TRASPORTO AEREO, MARITTIMO, PER GLI  
AFFARI GENERALI, IL PERSONALE, E I SERVIZI INFORMATIVI  
Direzione Generale per gli Affari Generali ed il Personale

Roma, 23 maggio 2008.

DIVISIONE III  
COMITATO SUSSIDI  
Prot. N. 16/B/02  
Circolare n. 16/98/B/02

AI CAPI DEGLI UFFICI CENTRALI E PERIFERICI

LORO SEDI

ALLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

LORO SEDI

**OGGETTO: Legge 1/12/1986, n.870 – art.16. Interventi assistenziali per le  
spese sostenute dal 1° gennaio 2008.**

Gli interventi assistenziali possono essere concessi al personale in servizio o in quiescenza ed ai loro aventi causa, per i casi non previsti dallo statuto della Cassa di Previdenza e Assistenza.

Nelle more del completamento del processo di accorpamento del Ministero Infrastrutture e Trasporti, con particolare riferimento al bilancio ed ai ruoli del personale, possono beneficiare degli interventi in oggetto, i dipendenti che nell'anno 2008 risultino appartenenti ai ruoli del soppresso Ministero dei Trasporti e della Navigazione, o comunque prestino servizio presso uffici di cui al D.P.R. n.271/07.

**Hanno diritto all'assistenza:**

- il dipendente;
- il coniuge (ad eccezione di rimborsi per spese scolastiche e universitarie);
- i figli a carico anche oltre il 26esimo anno di età, se studenti o iscritti all'ufficio di collocamento;
- i figli del coniuge, purché conviventi.

Per le spese relative ai soggetti sopra elencati occorre allegare lo stato di famiglia o l'autocertificazione (D.P.R. n.445/2000), dai quali risulti la composizione del nucleo familiare, la data di nascita nonché il grado di parentela. Per i figli di età superiore a 18 anni, deve essere presentata la dichiarazione di carico, l'iscrizione a corsi di studio o all'ufficio di collocamento comprovante lo stato di disoccupazione.

## SPESE MEDICHE

**SPESE SANITARIE SOSTENUTE DA UNO O PIÙ MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE PER DIVERSE PATOLOGIE.**

**LA DOMANDA DI ASSISTENZA DEVE ESSERE PRESENTATA PER SPESE DI IMPORTO COMPLESSIVO NON INFERIORE A € 200,00 E DOCUMENTATA CON FATTURE O RICEVUTE FISCALI IN ORIGINALE**

Si specifica quanto segue:

- Per le spese riguardanti i FIGLI DI ETA' SUPERIORE A 26 ANNI si precisa che:
  - l'importo massimo del rimborso delle spese mediche, pari al 60% della spesa documentata, non potrà superare la somma di € 250,00 annue;
  - è possibile richiedere un contributo per l'acquisto di protesi oculistiche che verranno rimborsate con un massimo di € 150,00 annuo;
- Le cure mediche (trattamenti fisioterapici, ginnastica correttiva, ecc.) devono essere effettuate presso strutture sanitarie e sono sussidiabili solo se prescritte da medici specialisti della A.S.L., in presenza di una diagnosticata patologia;
- I corsi di nuoto devono essere prescritti da medici specialisti della A.S.L. in presenza di una diagnosticata patologia. Le spese relative non dovranno essere cumulate con quelle mediche ed andranno presentate una sola volta l'anno. Per tale tipologia di domanda non è previsto il limite minimo di spesa di € 200,00 ed il rimborso sarà pari al 60% del documentato fino ad un massimo di € 150,00;
- Le cure termali sono rimborsate, limitatamente alle spese sanitarie, solo in presenza di certificazione medica rilasciata da specialisti della A.S.L.;
- Gli scontrini farmaceutici in originale saranno presi in considerazione solo se allegati alle relative prescrizioni mediche intestate al paziente. Tali prescrizioni dovranno essere provviste del timbro della farmacia e del costo del farmaco o, in sostituzione, potranno essere accettati gli scontrini emessi dietro presentazione della tessera sanitaria. **Le autocertificazioni relative agli scontrini fiscali privi della prescrizione medica non verranno prese in considerazione.** Si consiglia di presentare anche uno o più fogli riassuntivi con la fotocopia di tutti gli scontrini di cui si chiede rimborso per evitare il rischio che con il passare del tempo non si riesca a leggerli.
- Le spese per ausili ortopedici (plantari, scarpe ortopediche, ecc.) devono essere effettuate presso officine ortopediche e corredate dalla prescrizione medica specialistica;

## Si intende per "Spese Scolastiche"

### • Acquisto testi scolastici per le scuole medie inferiori e superiori:

E' necessario allegare all'istanza:

- certificato di iscrizione scolastica o autocertificazione,
- fattura o dichiarazione di spesa della libreria, in originale, intestata all'acquirente.

La spesa sarà sussidiata con un contributo annuale fino ad un massimo di € 250,00. Non verranno prese in considerazione spese inferiori ad € 50,00.

### • Iscrizione a scuole medie inferiori e superiori o altri corsi di studio frequentati in alternativa alla scuola media di secondo grado (es. corsi regionali, professionali, ecc.) entro e non oltre il 19esimo anno di età:

E' necessario allegare all'istanza:

- certificato di iscrizione scolastica o autocertificazione,
- fotocopie dei bollettini di pagamento o documentazione di spesa, in originale, rilasciata dall'Istituto scolastico.

La spesa sarà sussidiata con un contributo annuale fino ad un massimo di € 80,00. Non verranno prese in considerazione spese inferiori ad € 50,00.

### • Iscrizione e frequenza di scuole private (asili nido, materne, elementari, medie inferiori) asili nido e scuole statali (servizio mensa, di pre e post scuola e scuolabus fino alla scuola media inferiore).

E' necessario allegare all'istanza:

- certificato di iscrizione scolastica o autocertificazione,
- fotocopia dei bollettini di pagamento o documentazione di spesa, in originale, rilasciata dall'Istituto scolastico. In nessun caso è ammessa l'autocertificazione.

La spesa sarà sussidiata nella misura del 60% del documentato fino ad un contributo massimo di € 450,00. Non verranno prese in considerazione spese inferiori ad € 80,00.

La spesa sarà sussidiata nella misura del **60% del documentato fino ad un contributo massimo di € 520,00**. Non verranno prese in considerazione spese inferiori ad € 80,00.

Le domande potranno essere presentate per un solo corso di laurea.

PER I FIGLI DI ETA' SUPERIORE A 26 ANNI, la spesa sarà sussidiata nella misura del **60% del documentato fino ad un contributo massimo di € 200,00**. Non verranno prese in considerazione spese inferiori ad € 80,00.

• **Acquisto testi universitari:**

E' necessario allegare all'istanza:

- certificato di iscrizione o autocertificazione,
- fattura o dichiarazione di spesa della libreria, in originale, intestata all'acquirente.

La spesa sarà sussidiata con un contributo annuale fino ad un massimo di **€250,00**. Non verranno prese in considerazione spese inferiori ad € 50,00.

PER I FIGLI DI ETA' SUPERIORE A 26 ANNI la spesa sarà sussidiata con un contributo annuale fino ad un massimo di **€ 150,00**. Non verranno prese in considerazione spese inferiori ad € 50,00.

\*\*\*\*\*

**CONTRIBUTI DI PRIMA SISTEMAZIONE**

(in caso di prima assegnazione diversa da quella anagrafica, con una permanenza di almeno sei mesi nell'Ufficio di appartenenza)

**LE DOMANDE DEVONO ESSERE PRESENTATE UNA SOLA VOLTA ENTRO UN ANNO DALLA DATA DI ASSEGNAZIONE**

E' necessario allegare all'istanza:

- certificato di residenza o autocertificazione;
- copia del contratto di affitto o autocertificazione di spesa con indicazione del domicilio. Tale dichiarazione dovrà essere autenticata dal Capo dell'Ufficio.

Il contributo sarà di **€ 500,00**.

\*\*\*\*\*

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativa ai redditi dell'anno, denunciati ai fini fiscali, o copia del modello della dichiarazione dei redditi o copia del CUD;
- copia del cedolino di pensione del genitore.

Il contributo annuale sarà di € 300,00.

\*\*\*\*\*

## **SPESE FUNZIONALI ALL'INSERIMENTO SOCIALE DEI PORTATORI DI HANDICAP**

Per tale tipologia le domande saranno esaminate differenziando gli interventi in relazione alla documentazione presentata.

A titolo esemplificativo si riporta quanto segue:

- l'acquisto di apparecchiature strumentali (es: computer, telefoni cellulari...) dotate di particolari accessori per portatori di handicap, potrà essere equiparato a spesa medica e sussidiato quindi con la stessa percentuale del 60% con un tetto massimo di rimborso di € 1.000,00 e potrà essere concesso ogni tre anni.

\*\*\*\*\*

**Le domande che presentano particolari situazioni, adeguatamente motivate, potranno essere prese in considerazione valutando singolarmente l'eventuale somma da erogare**

Tutti i contributi sopraindicati potranno essere suscettibili di variazioni per difetto, in relazione all'effettivo stanziamento annuale sul capitolo di spesa.

**I responsabili degli Uffici sono tenuti ad assicurare la diffusione della presente Circolare e i relativi allegati tra tutto il personale, ritirandone la firma per presa visione. Si rende noto che la mancata conoscenza e relativa firma per presa visione della presente circolare non potranno essere invocate come giustificazioni del rispetto delle norme e dei termini in essa contenuti.**

IL CAPO DEL PERSONALE  
*Emilio Pavesi*

**OGGETTO: Richiesta intervento assistenziale (art.16 legge n.870/1986)**  
 (da compilare in stampatello ed in modo leggibile in ogni sua parte)

Lo scrivente.....  
 (Cognome e nome)

nato a ..... (prov.....) il .....  
 (Comune) (gg/mm/aa)

residente a ..... (.....)  
 (Comune) (prov.) (cap)

in ..... tel.....  
 (Indirizzo: via, piazza, ecc....e numero civico)

assunto in data ..... in servizio presso  .....

indirizzo ufficio..... (.....) tel.....  
 (cap)

ovvero in pensione  ; o superstite  di .....

EX RUOLO  M.C.T.C.  M.M.  A.C.  LLPP

CODICE FISCALE:  -

**COORDINATE BANCARIE INTERNAZIONALI**

**(IBAN)**

-

ISTITUTO BANCARIO o AGENZIA POSTALE:.....

continua

# AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445)

IL/LA Sottoscritto/a .....  
(Cognome e Nome)

nato/a il ..... a .....  
(data) (Comune) (prov.)

residente a .....  
(Comune) (prov.)

e domiciliato/a in .....  
.....  
(Via, Piazza, ecc. numero civico) (cap)

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la personale responsabilità

## DICHIARA

1) che la famiglia convivente si compone di:

..... (cognome)	..... (nome)	..... (luogo di nascita)	..... (data)	..... (relazione di parentela)
..... (cognome)	..... (nome)	..... (luogo di nascita)	..... (data)	..... (relazione di parentela)
..... (cognome)	..... (nome)	..... (luogo di nascita)	..... (data)	..... (relazione di parentela)
..... (cognome)	..... (nome)	..... (luogo di nascita)	..... (data)	..... (relazione di parentela)
..... (cognome)	..... (nome)	..... (luogo di nascita)	..... (data)	..... (relazione di parentela)
..... (cognome)	..... (nome)	..... (luogo di nascita)	..... (data)	..... (relazione di parentela)

che al momento dell'evento mio figlio/a .....(oltre i 18 anni) era fiscalmente a MIO CARICO

**Si precisa che un familiare è fiscalmente a carico quando non ha redditi propri di importo superiore complessivamente a € 2.840,51 al lordo degli oneri deducibili.**

Data, .....

FIRMA



OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI DISOCCUPAZIONE- D.P.R. 28 DICEMBRE 2000 NR. 445

IL/LA Sottoscritto/a .....  
(Cognome e Nome)

nato/a il ..... a ..... (.....)  
(data) (Comune) (prov.)

residente a ..... (.....)  
(Comune) (prov.)

e domiciliato/a in .....  
..... (Via, Piazza, ecc. numero civico) (cap)

CODICE FISCALE:  --

**DICHIARA**

Di essere iscritto/a nelle liste circoscrizionali dei disoccupati di .....  
ai sensi della L. 264/49 così come modificata dalla L. 56/87 dal (\*) .....  
e di non aver svolto attività lavorativa nell'anno ..... per redditi complessivi superiori a € 2.840,51 al  
loro degli oneri deducibili.

Per il controllo dichiarato dal sottoscritto, codesto Consiglio potrà rivolgersi all'Amministrazione provinciale di  
..... SCICA/Centro per l'impiego di .....  
via ..... tal. ....  
Fax.....

Il/La sottoscritto/a, consapevole che chi presenta false dichiarazioni è punito a termine degli artt. 495 e 496 del  
Codice Penale, dichiara che quanto sopra corrisponde a verità.

N.B.: il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte pena l'invalidità della domanda.

DATA,

**IL/LA DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(Firma per esteso e leggibile)

(\*) Deve essere indicata la data dell'ultima iscrizione o reinscrizione.