



Al Fondo di Assistenza Sanitaria
per i Dirigenti di Aziende Commerciali,
di Trasporto e Spedizione
"Mario Besusso"

AUTOCERTIFICAZIONE

(dichiarazione sostitutiva – art. 46 e art. 47 - D.P.R. 445 del 28.12.2000)

Matricola Dirigente

n.

Il/la sottoscritto/a (Cognome) (Nome)

nato/a a Prov. il

Residente in Via CAP Città Prov.

— consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000;

— ai fini dell'assistenza sanitaria erogata dal Fasdac,

DICHIARA

CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO	<ul style="list-style-type: none"> • di essere coniugato/a con (cognome)..... (nome)..... nato/a a Prov. il • di convivere more – uxorio con il signor/la signora (cognome)..... (nome)..... nato/a a Prov. il <p>(allegare il certificato di Stato di Famiglia dal quale risulti la coabitazione)</p>
FIGLI	<ul style="list-style-type: none"> • che il/la proprio/a figlio/a (cognome) (nome) è nato/a il (se il figlio è maggiorenne compilare quanto segue) - è iscritto presso la scuola/università (*) di al corso di studi/laurea per l'anno/..... - è disoccupato/a a decorrere dal ed ha presentato in data al Centro per l'Impiego del Comune di la dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di una attività lavorativa ai sensi del D.Lgs. 181/2000 e successive modifiche ed integrazioni - sta assolvendo all'obbligo di leva dal/...../..... al/...../..... • che il/la proprio/a figlio/a (cognome) (nome) è nato/a il (se il figlio è maggiorenne compilare quanto segue) - è iscritto presso la scuola/università (*) di al corso di studi/laurea per l'anno/..... - è disoccupato/a a decorrere dal ed ha presentato in data al Centro per l'Impiego del Comune di la dichiarazione di disponibilità allo svolgimento di una attività lavorativa ai sensi del D.Lgs. 181/2000 e successive modifiche ed integrazioni - sta assolvendo all'obbligo di leva dal/...../..... al/...../..... • che il/la proprio/a figlio/a (cognome) (nome) è nato/a il - si trova nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro (inabilità pari al%) come accertato da in data (indicare l'ente che ha effettuato l'accertamento) - è fiscalmente a carico per l'anno secondo le vigenti leggi in materia.
GENITORI	<ul style="list-style-type: none"> • che il/i proprio/i genitore/i (cognome).....(nome) nato il (cognome).....(nome) nato il <p>è/sono fiscalmente a carico per l'anno secondo le vigenti leggi in materia</p>

(*) il Fasdac riconosce i corsi di scuola media superiore o professionale (anche in scuole private parificate) ed i corsi universitari di laurea. Sono pertanto esclusi altri corsi quali ad esempio quelli finalizzati all'apprendimento di lingue, i corsi di specializzazione, master, dottorati , ...

DICHIARA

altresì di autorizzare il Fasdac, anche ai sensi della D. Lgs 196/2003, ad effettuare ogni necessaria verifica circa la veridicità di quanto sopra dichiarato, esibendo la presente dichiarazione presso i competenti organi della pubblica amministrazione o a privati (art. 71, comma 4, D.P.R. 445/2000).

Luogo e data

Firma dell'iscritto

**Importante: vedi le avvertenze
sul retro**

**Indicare un numero di fax per eventuali
comunicazioni del Fasdac: fax n.**

AVVERTENZE

La presente autocertificazione deve essere resa e sottoscritta dal dirigente iscritto al Fasdac.

Sulle informazioni autocertificate il Fasdac può in qualunque momento effettuare controlli chiedendo all'iscritto idonea certificazione. Il mancato riscontro è causa di decadenza del diritto all'assistenza sanitaria del familiare interessato.

La dichiarazione falsa fa decadere il diritto all'assistenza sanitaria dei familiari interessati e l'iscritto incorre nelle sanzioni civili e penali previste dalla legge.

COME PRESENTARE L'AUTOCERTIFICAZIONE

1. *Di persona all'Associazione territoriale dirigenti di appartenenza*

La dichiarazione è sottoscritta dall'iscritto in presenza dell'addetto dell'Associazione dirigenti di appartenenza.

AUTENTICAZIONE

Io sottoscritto addetto dell'Associazione dirigenti di
dichiaro che la firma apposta sulla presente dichiarazione è stata effettuata in mia presenza dal
Sig. della cui identità mi sono accertato dal documento di
identità n. rilasciato a
il

Lì, Data

Timbro e Firma

.....

2. *Per posta o tramite incaricato all'Associazione dirigenti o direttamente al Fasdac*

La dichiarazione, sottoscritta dall'iscritto, può essere inviata via fax, per posta o tramite proprio incaricato all'Associazione dirigenti di appartenenza o direttamente al Fasdac (fax 06-809.10.237) **unitamente a copia fotostatica di un documento di identità dell'iscritto stesso.**

DECORRENZA DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN FAVORE DEI FAMILIARI

- Ricorrendo i requisiti regolamentari, l'assistenza sanitaria decorre dalla data di iscrizione del dirigente al Fasdac.
- Per il convivente more-uxorio l'assistenza decorre dalla data di iscrizione del Dirigente al Fasdac qualora la convivenza sia stata comunicata contestualmente all'iscrizione; dalla data di comunicazione se questa è effettuata successivamente all'iscrizione.

VALIDITÀ TEMPORALE DELLE DICHIARAZIONI

Le dichiarazioni relative a stati di norma non soggetti a modifica (figlio, coniuge, convivente more-uxorio, genitore, inabilità) hanno validità illimitata fino a che non intervengano eventuali variazioni.

Per le dichiarazioni relative a stati, qualità personali o fatti soggetti a variazione (es.: essere studente, disoccupato, fiscalmente a carico) la validità è correlata alla natura dello stato (ad es.: per il familiare fiscalmente a carico all'anno cui si riferisce la dichiarazione dei redditi, per i figli "studenti" al 31.12 dell'anno in cui termina l'anno scolastico/accademico). Lo stato di disoccupazione deve essere attestato con cadenza annuale. L'assistibilità del Fasdac cessa comunque se nel frattempo sono venuti meno i relativi presupposti (ad es. nuova occupazione per il figlio disoccupato).

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 196/2003 SULLA PRIVACY

I dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici per le sole finalità legate all'erogazione delle prestazioni assistenziali in favore dei soggetti indicati.