

**CASSA NAZIONALE ASSISTENZA PREVIDENZA
ALLENATORI GUIDATORI TROTTO ALLENATORI FANTINI GALOPPO
20151 MILANO MI - Via Ippodromo, 67**

DOMANDA PER IL SUSSIDIO AI SUPERSTITI

Io sottoscritto/a

Dati anagrafici	Cognome						
	Nome						
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)					
	A					Prov.	
	Codice fiscale						
Relazione di parentela con il defunto							

Residente in

Residenza	Comune					Prov.	
	Stato						
	Via/Piazza					N.	
	C.A.P.		Telefono				
e-mail							

Dati relativi al defunto

Dati anagrafici	Cognome						
	Nome						
	Nato/a il	(gg/mm/aaaa)					
	A					Prov.	
	Codice fiscale						
Data di morte							

DA COMPILARE SOLO SE IL RICHIEDENTE E' IL CONIUGE DEL DEFUNTO

Data di matrimonio _____	Mantiene lo stato vedovile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> HA	<input type="checkbox"/> NON HA contratto nuovo matrimonio il _____	a _____	

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTI DI NOTORIETA'
(D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, Art, 47)

Le dichiarazioni del presente quadro devono essere firmate davanti al dipendente della Cassa addetto a riceverle. In caso di spedizione della domanda o di presentazione della medesima tramite altri soggetti, le dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà devono essere accompagnate da una fotocopia (avanti/retro) di un documento di identità in corso di validità al momento di presentazione della domanda.

1. Dichiarazione del richiedente

Io sottoscritto _____ (rapporto di parentela con il defunto) _____
DICHIARO che la famiglia del dante causa al momento del decesso, oltre che dal medesimo, era composta da:

N.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela	Convivente
1					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

e che esistono non esistono i requisiti previsti dalla legge per la vivenza a carico in quanto lo stesso dante causa provvedeva al mantenimento delle persone non conviventi di cui ai punti _____ con carattere di continuità saltuariamente.

2. Dichiarazione del coniuge

Io sottoscritto _____ **DICHIARO** sotto la mia responsabilità che tra me e il coniuge defunto

- NON** è intervenuta sentenza di separazione
- E'** intervenuta sentenza di separazione
 - di cui si allega copia
 - di cui si forniscono gli estremi: sentenza pronunciata dal Tribunale di _____, depositata in cancelleria in data _____ e notificata in data _____

3. Altre eventuali dichiarazioni sostitutive di notorietà

Con l'apposizione della propria firma i dichiaranti attestano di essere a conoscenza del contenuto degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, che prevedono per coloro che rilasciano dichiarazioni mendaci, false o parzialmente veritiere la sanzione e la decadenza dai benefici ottenuti attraverso le predette dichiarazioni.

(firma)	(firma)	(firma)
(estremi del documento)	(estremi del documento)	(estremi del documento)

Si allegano n. _____ fotocopie dei documenti relativi ai sottoscrittori.

Io sottoscritto _____, _____ attesto, dopo aver
(cognome e nome) (qualifica rivestita)

richiamato l'attenzione dei dichiaranti sulle norme di cui agli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000 e di aver proceduto alla loro identificazione tramite i documenti indicati sotto le rispettive firme e che

- i dichiaranti hanno apposto la loro firma in mia presenza.
- il/i sig./ri identificato/i con documento/i _____ rilasciato/i il _____ da _____ i ha/hanno espresso la propria volontà in presenza di un impedimento a sottoscrivere.

(data)	(firma del funzionario)	(Timbro dell'Ufficio)
--------	-------------------------	-----------------------

Richiesta di pagamento del sussidio presso banca

Chiedo il pagamento sul mio conto corrente bancario nominativo presso:

BANCA

AGENZIA

INDIRIZZO

CODICE ABI

CODICE CAB

CONTO CORRENTE

DA COMPILARE A CURA DELLA BANCA

CODICE IBAN

CODICE BIC

Data

Timbro della Banca

Firma del funzionario

Richiesta di pagamento del sussidio presso Poste Italiane

Chiedo il pagamento sul mio conto corrente postale nominativo presso:

POSTA

N.

INDIRIZZO

CODICE ABI

CODICE CAB

CONTO CORRENTE

DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO POSTALE

CODICE IBAN

CODICE BIC

Data

Timbro dell'Ufficio Postale

Firma del funzionario

SUSSIDIO AI SUPERSTITI

Elenco degli allegati le cui informazioni sono indispensabili alla liquidazione del sussidio richiesto

Dichiaro di aver compilato questo modulo nelle parti segnalate come indispensabili e di avere allegato la seguente documentazione:

Barrare le caselle corrispondenti

- Copia di un documento d'identità e codice fiscale
- Certificato di morte
- Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
- Certificazione dello stato civile
- Certificazione dello stato di famiglia
- Modulo di richiesta di pagamento del sussidio presso banca
- Modulo di richiesta di pagamento del sussidio presso Poste Italiane

Mi impegno a comunicare alla Cassa qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento.

Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle autocertificazioni incluse nella domanda e che, in caso di dichiarazioni false, posso subire una condanna penale e decadere dai benefici ottenuti.

Dichiaro che le notizie fornite in questo modulo rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze civili e penali previste per chi rende attestazioni false.

data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

La Cassa con sede in Milano, Via Ippodromo 67, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti della Cassa opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto della Cassa e operano in qualità di Responsabili designati dalla Cassa.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di crediti o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di Previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

La Cassa la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al responsabile competente all'istruttoria della presente domanda.