**Modulo di domanda per l’accesso ai benefici previsti** **dall’Avviso per iniziative di welfare integrativo per la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale a favore dei dipendenti del comparto a tempo indeterminato appartenenti al ruolo della Giunta regionale o di altra Pubblica Amministrazione in servizio presso il Consiglio regionale del Lazio. Annualità 2022.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso *(indicare il servizio presso il Consiglio regionale e l’Area di appartenenza)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e ss. mm. ii., consapevole delle sanzioni penali richiamate nel medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

(Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 di composizione del nucleo familiare)

di essere:

□ coniugata/o □ non coniugata/o □separata/o legalmente □ divorziata/o

□ altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che il coniuge/convivente/altro non lavora presso il Consiglio regionale;

□ che il coniuge / convivente / altro lavora presso il Consiglio regionale (in tal caso indicarne le generalità, matricola, codice fiscale e struttura di appartenenza) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che il nucleo familiare è così composto (Cognome, nome, luogo, data di nascita e codice fiscale dei componenti), **indicare grado di parentela**:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che la/il dipendente o familiari non ha inoltrato altre richieste di rimborso ad altri soggetti pubblici o privati per la copertura dei costi inerenti alle iniziative riportate nell’Avviso.

***N.B. La dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 di composizione del nucleo familiare va sempre compilata per poter accedere ai benefici di cui all’articolo 3, lettere a), b), c) e d) dell’Avviso.***

**CHIEDE**

in attuazione dell’articolo 82, denominato “Welfare integrativo” del Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) comparto Funzioni locali per il triennio 2019-2021 - stipulato in data 16 novembre 2022 - e dell’Accordo di contrattazione decentrata integrativa del personale del Consiglio regionale del Lazio, di cui all’allegato A, stipulato in data 28 dicembre 2023, di poter usufruire dei benefici corrispondenti a rimborso delle spese per il sostegno degli interventi previsti dall’avviso, concernenti:

**A) iniziative di sostegno al reddito della famiglia, di cui all’articolo 3, lettera a), punti 1 e 2, i dipendenti e/o familiari, compresi i figli non conviventi purché studenti fino a 26 anni di età. A tal fine dichiara:**

Servizio di cui si chiede il rimborso:

□ spese sostenute per il pagamento di utenze domestiche del servizio idrico integrato, dell’energia elettrica e del gas naturale;

□ spese sostenute per l’acquisto di abbonamenti per il trasporto pubblico.

Il dipendente, il/i familiare/i per cui intende presentare la richiesta di accesso al beneficio è/sono:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome  | Luogo e data di nascita Codice fiscale  | Servizio richiesto(indicare tra utenze domestiche del servizio idrico integrato, dell’energia elettrica e del gas naturale abbonamenti per il trasporto pubblico)  |
| 1 |  |  | **(TOTALE SPESE BOLLETTE)****(SPECIFICARE CIFRA CANONE RAI)** |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Si allegano:

**□** copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;

**□** documentazione fiscale relativa al pagamento delle utenze domestiche, degli abbonamenti per il trasporto pubblico (ricevuta, bollettino postale o del bonifico bancario/postale intestata al soggetto destinatario del pagamento).

**□** copia documentazione attestante pagamento effettuato (tramite bancomat, carta di credito o bonifico bancario).

*N.B. Le ricevute o fatture esenti da iva ai sensi dell’art. 10 del D.P.R. n. 633 del 26.10.1972, di importo superiore a € 77,47, devono essere, obbligatoriamente, munite di marca da bollo da € 2,00 come previsto dal D.P.R. n. 642 del 1972 e ss.mm. (salvo pagamento in modo virtuale).*

**B)** **iniziative di sostegno all’istruzione e alla promozione del merito dei figli, di cui all’articolo 3, lettera b), punti 1 e 2. A tal fine dichiara:**

Servizio di cui si chiede il rimborso:

□ spese sostenute per l’acquisto di libri scolastici e universitari;

□ spese sostenute per vacanze studio, master universitari, corsi di lingue.

Il/la/i figlio/a/i per cui intende presentare la richiesta di accesso al beneficio è/sono:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome  | Luogo e data di nascita Codice fiscale  | Servizio richiesto(indicare tra acquisto libri scolastici, vacanze studio, master universitari, corsi di lingue) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

Si allegano:

**□** copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;

**□** documentazione fiscale relativa all’acquisto di libri scolastici e universitari e al pagamento di vacanze studio, master universitari, corsi di lingue (ricevuta, bollettino postale o del bonifico bancario/postale intestata al soggetto destinatario del pagamento o appartenente al nucleo familiare) che riporti nella causale l’indicazione del corso, della vacanza o del master e il soggetto del nucleo familiare.

**□** copia documentazione attestante pagamento effettuato (tramite bancomat, carta di credito o bonifico bancario).

*N.B. Le ricevute o fatture esenti da iva ai sensi dell’art. 10 del D.P.R. n. 633 del 26.10.1972, di importo superiore a € 77,47, devono essere, obbligatoriamente, munite di marca da bollo da € 2,00 come previsto dal D.P.R. n. 642 del 1972 e ss.mm. (salvo pagamento in modo virtuale).*

**C) sostegno a favore di attività culturali, ricreative e con finalità sociale, di cui all’articolo 3, lettera c), punti 1, 2, 3 e 4. A tal fine dichiara:**

Servizio di cui si chiede il rimborso:

□ spese sostenute per l’acquisto di abbonamenti e/o biglietti di cinema, teatro e musei;

□ spese sostenute per l’acquisto di libri, e/o abbonamenti a riviste;

□ spese sostenute per attività dirette al benessere psico-fisico con particolare riferimento alla pratica sportiva (palestre o centri sportivi);

Il dipendente, il/i familiari per cui si intende presentare la richiesta di accesso al beneficio è/sono:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e nome  | Luogo e data di nascita Codice fiscale  | Servizio richiesto(acquisto di abbonamenti e/o biglietti di cinema, teatro e musei, acquisto di libri e/o abbonamenti a riviste, abbonamenti a palestre o centri sportivi. Relativamente all’attività sportiva indicare il nome della palestra o del centro) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

Si allegano:

**□** copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;

**□** documentazione fiscale relativa all’acquisto di abbonamenti e/o biglietti di cinema, teatro e musei, acquisto di libri e/o abbonamenti a riviste, abbonamenti a palestre o centri sportivi di (ricevuta, bollettino postale o del bonifico bancario/postale intestata al soggetto destinatario del pagamento o appartenente al nucleo familiare).

**□** copia documentazione attestante pagamento effettuato (tramite bancomat, carta di credito o bonifico bancario).

*N.B. Le ricevute o fatture esenti da iva ai sensi dell’art. 10 del D.P.R. n. 633 del 26.10.1972, di importo superiore a € 77,47, devono essere, obbligatoriamente, munite di marca da bollo da € 2,00 come previsto dal D.P.R. n. 642 del 1972 e ss.mm. (salvo pagamento in modo virtuale).*

**D) servizi a sostegno della tutela della salute e alle spese veterinarie, di cui all’articolo 3 lettera d) punti 1 e 2 dell’avviso. A tal fine dichiara:**

Servizio di cui si chiede il rimborso:

□ spese sostenute per l’estensione dell’assistenza sanitaria integrativa e per la stipula di polizza assicurativa sanitaria in favore del coniuge non legalmente separato o divorziato, l’unito civilmente, del convivente more uxorio e dei figli conviventi - legittimi o legittimati o naturali o adottivi – purché risultanti dal certificato di famiglia dell’assistito;

□ spese sostenute per prestazioni mediche o esami diagnostici in favore del dipendente, del coniuge non legalmente separato o divorziato, l’unito civilmente, del convivente more uxorio e dei figli conviventi - legittimi o legittimati o naturali o adottivi – come attestato nella composizione del nucleo familiare;

□ spese veterinarie e polizze assicurative per animali domestici.

Il dipendente, il/i familiari per cui si intende presentare la richiesta di accesso al beneficio è/sono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome  | Luogo e data di nascita  | Data della sottoscrizione  | Premio assicurativo/spese sanitarie  |
| 1 |  |  |  | **(indicare eventuali spese che hanno beneficiato del rimborso del 730)** |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

Si allegano:

**□** copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;

**□** documentazione fiscale relativa al pagamento dell’estensione dell’assistenza sanitaria integrativa e/o della polizza assicurativa sanitaria e/o, che riporti nella causale l’indicazione della polizza assicurativa anche per animali domestici (ricevuta, bollettino postale o del bonifico bancario/postale intestata al soggetto destinatario del pagamento o appartenente al nucleo familiare).

**□** copia documentazione attestante pagamento effettuato (tramite bancomat, carta di credito o bonifico bancario).

*N.B. Le ricevute o fatture esenti da iva ai sensi dell’art. 10 del D.P.R. n. 633 del 26.10.1972, di importo superiore a € 77,47, devono essere, obbligatoriamente, munite di marca da bollo da € 2,00 come previsto dal D.P.R. n. 642 del 1972 e ss.mm. (salvo pagamento in modo virtuale).*

**□** Il sottoscritto, ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 e del D. Lgs. n. 196/2003 dichiara di aver ricevuto l’informativa predisposta dal Titolare ai sensi dell’art. 13 GDPR e di averla resa disponibile a tutti i soggetti menzionati dal presente modulo cui i dati personali e particolari acquisiti fanno riferimento.

Data \_\_/\_\_/\_\_

Firma del dichiarante