**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 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)* e iscritto nel ruolo (*del Consiglio regionale*) indicare le date di eventuali trasferimenti temporanei:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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

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 fiscalmente a carico, 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 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

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)*:

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

**□** che la/il dipendente 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.***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 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

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 |
| 1 |  |  |  |  |
| 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