

ALLEGATO B

Alla Fondazione di Assistenza e Solidarietà - Ente Filantropico del Terzo Settore

Via Nazionale 91 - 00184 Roma

PEC: fondazionefas@actalispec.it

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'ANNO 2025

ai sensi dell'Art. 3 lett.del Regolamento

RICHIEDENTE

- ☐ pensionato/a diretto/a o indiretto/a
- ☐ dipendente Servizio o Filiale di appartenenza
- ☐ ex dipendente riconosciuto inabile al servizio
- Cognome e nome Luogo
e data di nascita
- Domicilio Tel.

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

PERSONA INFERMA

Cognome e nome **Età**

☐ Coniuge ☐ Figlio/a o familiare fiscalmente a carico (specificare):

☐ Convivente

Malattia o handicap:

Grado di autosufficienza (si/no): deambula autonomamente / è costretto/a a letto

è autonomo/a nel vestirsi/ è autonomo/a nell'alimentarsi.....

necessita di sorveglianza continua.... / provvede all'igiene personale.....

☐ Vive in casa: da solo/a / con i seguenti congiunti (specificare)

☐ Ricoverato/a : dal presso

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

1) Certificazione medica in originale in data recente attestante la natura dell'infermità

2) Documentazione delle spese sostenute nell'anno 2025

☐ Rette di ricovero (importo annuo) Euro

☐ Assistenza domiciliare " " Euro

☐ " " Euro

3) Dichiarazione sostitutiva unica e relativo indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) calcolato dall'INPS. L'indicatore viene rilasciato dall'INPS al ricevimento della dichiarazione sostitutiva, che peraltro può essere presentata anche a un Centro di Assistenza Fiscale (CAF)

Oltre alla cennata documentazione, coloro che chiedono un contributo per propri familiari ultrasettantacinquenni o non autosufficienti e intendano avvantaggiarsi dell'esenzione fiscale dovranno produrre:

- copia autenticata di un valido documento di identità (per i familiari ultrasettantacinquenni) oppure
- certificazione medica originale in data recente attestante la non autosufficienza

Il/la sottoscritto/a dichiara (anche per conto dell'interessato/a quando si tratti di un congiunto):

- [illegible]

N.B.: Il conto di accredito deve essere intestato (o almeno cointestato) al richiedente: pensionato, dipendente, ex dipendente riconosciuto inabile al servizio.

Firma

Con riguardo ai dati personali - anche di carattere sanitario - contenuti nella domanda che precede la presente informativa, si comunica quanto segue:

- Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa che precede ed espressamente autorizza la Fondazione al trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'erogazione del contributo relativa all'anno in corso, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6 e 7 del Regolamento, per le finalità e con le modalità di cui alla predetta informativa. Autorizza altresì espressamente la comunicazione dei dati di cui al punto f) alla nominata "Cassa di Sovvenzioni e Risparmio" per le finalità ivi specificate.

Firma