

ALL'ASSESSORATO DEGLI AFFARI GENERALI,  
PERSONALE E RIFORMA DELLA REGIONE  
DIREZIONE GENERALE DEL PERSONALE E  
RIFORMA DELLA REGIONE  
SERVIZIO PREVIDENZA  
SETTORE PREVIDENZA INTEGRATIVA  
VIALE TRIESTE 190  
09123 CAGLIARI  
[personale@pec.regione.sardegna.it](mailto:personale@pec.regione.sardegna.it)

OGGETTO: RICHIESTA ANTICIPAZIONE I.F.R. E T.F.R. PER SPESE SANITARIE PER IL/LA DIPENDENTE, IL/LA CONIUGE, PER PARTE DELL'UNIONE CIVILE, PER IL/LA CONVIVENTE DI FATTO<sup>1</sup> E I FIGLI/E (Art. 11 L.R. 27 del 22/12/2011)

COGNOME	NOME	MATR.
NAT <i>gg</i> <i>mm</i> <i>aaaa</i>	<i>città</i>	
IL      /      /      A		PROV.
	<i>città</i>	
RESIDENTE IN		PROV.
	<i>indirizzo</i>	
INDIRIZZO		N.      CAP
	<i>gg</i> <i>mm</i> <i>aaaa</i>	
DIPENDENTE RAS DAL      /      /	IN SERVIZIO PRESSO	
ISCRITTO AL FITQ DAL      /      /	ISCRITTO I.N.P.S. (ex I.N.P.D.A.P.)	
TELEFONO UFFICIO	TEL. CELL.	TEL. ABIT.
	<i>istituzionale</i>	<i>personale</i>
INDIRIZZO MAIL	INDIRIZZO MAIL	
CODICE FISCALE		

**CHIEDE**

l'anticipazione dell'Indennità di Fine Rapporto/Trattamento di Fine Rapporto per:

- ☐ spese sanitarie per il/la dipendente
- ☐ spese sanitarie per il/la coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto
- ☐ spese sanitarie per i figli/e
- 
- ☐ per l'ammontare di euro      ,      .
- ☐ nella misura massima consentita.

**Dati anagrafici del/la coniuge, di parte di unione civile, di/della convivente o dei figli/e destinatari delle spese sanitarie:**

<sup>1</sup> **Ai sensi della legge 76 del 20 maggio 2016, art. 1, comma 1, 36 e 37:** (Art. 1. Ai fini delle disposizioni di cui al comma 1, unione civile tra persone dello stesso sesso, al comma 36 <<i>i fini delle disposizioni di cui ai commi da 37 a 67 si intendono per «conviventi di fatto» due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile>>, al comma 37 <<Ferma restando la sussistenza dei presupposti di cui al comma 36, **per l'accertamento della stabile convivenza si fa riferimento alla dichiarazione anagrafica** di cui all'articolo 4 e alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 13 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223)>>.

COGNOME			NOME		
	<i>gg</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>	<i>città</i>	
NAT	IL	/	/		PROV.
RESIDENTE IN				<i>città</i>	
INDIRIZZO				<i>indirizzo</i>	
				N.	CAP
COGNOME			NOME		
	<i>gg</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>	<i>città</i>	
NAT	IL	/	/		PROV.
RESIDENTE IN				<i>città</i>	
INDIRIZZO				<i>indirizzo</i>	
				N.	CAP
<b>Dati anagrafici accompagnatore/rice:</b>					
COGNOME			NOME		
	<i>gg</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>	<i>città</i>	
NAT	IL	/	/		PROV.
RESIDENTE IN				<i>città</i>	
INDIRIZZO				<i>indirizzo</i>	
				N.	CAP

Chiede infine che l'accreditamento dell'anticipazione avvenga presso<sup>2</sup>:

*istituto di credito*

	ABI	CAB	N. CC
IBAN			
	<i>città</i>	<i>gg</i>	<i>mm</i>
Luogo e data		<i>aaaa</i>	/ /

**Il richiedente**

<sup>2</sup> L'accreditamento può avvenire esclusivamente sul c/c del dipendente richiedente.

# DICHIARA

ai sensi degli artt. 43, 46, 47, 48, 71, 73, 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

- 1) di conoscere ed accettare tutte le disposizioni e i vincoli contenuti nella circolare esplicativa n.30 protocollo n. 0044576 del 7 dicembre 2023.
- 2) ☐ che per le stesse spese sanitarie **non è stata presentata richiesta** da altro dipendente iscritto al Fondo legato da vincoli di matrimonio, di unione civile o convivenza di fatto, ai sensi dell'art. 1 della legge 76 del 20 maggio 2016<sup>3</sup>, o parentela.
- 3) ☐ che per le stesse spese sanitarie **è stata presentata richiesta** da altro dipendente iscritto al Fondo legato da vincoli di matrimonio, di unione civile o convivenza di fatto, ai sensi dell'art. 1 della legge 76 del 20 maggio 2016<sup>4</sup>, o parentela.
- 4) ☐ di aver usufruito in precedenza di un anticipazione sulla liquidazione per la seguente motivazione:
- 5) di impegnarsi a trasmettere tutta la documentazione prevista dalla su richiamata Circolare<sup>5</sup>.
- 6) di impegnarsi a trasmettere, in presenza di vincoli<sup>6</sup> a qualsiasi titolo sull'I.F.R. e/o sul T.F.R. o similari, su richiesta dell'Ufficio, il nullaosta dell'ente/società creditrice (Banca, finanziaria, ecc.) con specificata la somma svincolata.
- 7) di impegnarsi a trasmettere in allegato alla domanda di anticipazione le fatture/ricevute, debitamente quietanzate, emesse precedentemente all'invio della richiesta<sup>7</sup>.
- 8) di impegnarsi a trasmettere le fatture/ricevute, con la relativa dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante l'autenticità (Mod. Allegato Cod. "ANT/ALL/01/2024"), entro e non oltre trenta giorni dalla data di emissione.
- 9) di impegnarsi a presentare, anche in caso di cessazione dal servizio, pena la decadenza del beneficio ed il recupero, in un'unica soluzione, della somma erogata con aggravamento degli interessi legali, **entro il termine massimo di due anni** dalla data di concessione dell'anticipazione (farà fede la data di accredito in banca della somma erogata), tutte le fatture/ricevute giustificative che comprovino l'avvenuto utilizzo della somma erogata<sup>8</sup>.
- 10) di impegnarsi, nell'ipotesi che la prestazione sanitaria non venga eseguita, a darne immediata comunicazione al F.I.T.Q. e a rendere in un'unica soluzione l'intera somma erogata comprensiva degli interessi legali.

3 **Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso (comma 1) e disciplina delle convivenze (comma 36).** Ai fini delle disposizioni di cui ai commi da 37 a 67 si intendono per «conviventi di fatto» due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile. **Comma 37.** Ferma restando la sussistenza dei presupposti di cui al comma 36, **per l'accertamento della stabile convivenza si fa riferimento alla dichiarazione anagrafica** di cui all'articolo 4 e alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 13 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223).

4 Ibidem.

5 Ai fini della graduatoria, l'istanza verrà considerata accoglibile dalla data e dall'ora di invio di tutti i documenti richiesti.

6 Es.: prestiti personali, finanziamenti, ecc..

7 Le spese saranno considerate accoglibili se sostenute entro i due anni antecedenti la data della richiesta di anticipazione o ancora da sostenere.

8 L'importo da giustificare dovrà essere al netto dell'IRPEF, es.: importo lordo € 20.000,00, importo netto € 19.500,00, IRPEF € 500,00, in questo caso l'importo da giustificare sarà € 19.500,00.

- 11) di impegnarsi a comunicare, tempestivamente, al F.I.T.Q. eventuali variazioni dei dati forniti nella presente richiesta.
- 12) che le notizie fornite ed i documenti allegati rispondono a verità, consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false, nonché dei controlli cui l'Amministrazione è tenuta ad effettuare al fine di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese.

Luogo e data                      città                      gg      mm      aaaa  
   /                      /

Il dichiarante

# AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI FAMIGLIA

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Cognome

Nome

Io sottoscritt

città

gg mm aaaa

nat a

il / /

- a) consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici ai sensi degli artt. 76 e 75;
- b) informato/a che i dati forniti verranno utilizzati secondo quanto previsto dal D.lgs. 196/2003 e dal GDPR – Regolamento UE 2016/679

## DICHIARO

città

che il mio nucleo familiare residente in

indirizzo

indirizzo

n. è così composto:

nr.	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA			RAPPORTO DI PARENTELA
			gg	mm	aaaa	
1			/	/		
2			/	/		
3			/	/		
4			/	/		
5			/	/		
6			/	/		
7			/	/		
8			/	/		

città

gg mm aaaa

Luogo e data

/ /

Il dichiarante

La dichiarazione ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 è presentata unitamente a copia del documento d'identità (**specificare il tipo di documento**) del:

dipendente

☐ Carta d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal comune di \_\_\_\_\_  
scad. *gg mm aaaa* / /

☐ Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_  
scad. *gg mm aaaa* / /

coniuge, parte dell'unione civile, convivente e/o figlio/a destinatari della spesa sanitaria

☐ Carta d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal comune di \_\_\_\_\_  
scad. *gg mm aaaa* / /

☐ Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_  
scad. *gg mm aaaa* / /

☐ Carta d'identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata dal comune di \_\_\_\_\_  
scad. / /

☐ Patente n. \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_  
scad. *gg mm aaaa* / /

**A tal fine si allegano i documenti sotto elencati:**

- |     |     |
|-----|-----|
| 1)  | 11) |
| 2)  | 12) |
| 3)  | 13) |
| 4)  | 14) |
| 5)  | 15) |
| 6)  | 16) |
| 7)  | 17) |
| 8)  | 18) |
| 9)  | 19) |
| 10) | 20) |

Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR – Regolamento UE 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, autorizzo il trattamento dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto

*città* \_\_\_\_\_ *gg mm aaaa* / /  
Luogo e data

Firma