

TABELLA A

TABELLA PER LA CONCESSIONE DEI SUSSIDI		
Scaglioni di ISEE	Spesa minima	Percentuale rimborsabile della spesa
0 - 8.000,00 euro	800,00 euro	65%
8.000,01-10.000,00 euro	1.000,00 euro	60%
10.000,01 - 12.000,00 euro	1.200,00 euro	55%
12.000,01 - 14.000,00 euro	1.400,00 euro	50%
14.000,01 - 16.000,00 euro	1.600,00 euro	45%
16.000,01 - 18.000,00 euro	1.800,00 euro	40%
18.000,01 - 20.000,00 euro	2.000,00 euro	35%
20.000,01 - 22.000,00 euro	2.200,00 euro	30%
22.000,01 - 24.000,00 euro	2.400,00 euro	25%
24.000,01 - 26.000,00 euro	2.600,00 euro	20%
26.000,01 - 28.000,00 euro	2.800,00 euro	15%

TABELLA B**TABELLA CONCESSIONE SUSSIDIO “PARTICOLARE ASSISTENZA”**

	CONSEGUENZE DELL'EVENTO	PERCENTUALE DEL SUSSIDIO	IMPORTO MASSIMO CONCEDIBILE
1	La lesione non condiziona in modo evidente l'attività psico-fisica	25%	€ 1.500,00
2	La lesione limita in parte l'attività psico-fisica	50%	€ 3.000,00
3	La lesione limita una consistente parte dell'attività psico-fisica	75%	€ 4.500,00
4	La lesione impedisce ogni attività psico-fisica/decesso	100%	€ 6.000,00

Contiene dati personali da trattare ai sensi del Reg.UE 2016/679 e del D.lgs.196/2003

**MODELLO DI RICHIESTA DI INTERVENTO ASSISTENZIALE
SPAZIO RISERVATO AL RICHIEDENTE**

Forza Armata di appartenenza del richiedente:		In SPE		In quiescenza	
Il/la sottoscritto/a: (grado, cognome e nome)					
nato/a a:		il			
codice fiscale:					
residente a:				prov.	
in via/piazza/nr:				CAP	
e-mail istituzionale del richiedente:			tel.		
e-mail dell'Ente:			tel.		
ente preposto al pagamento dell'eventuale sussidio					

(denominazione per esteso dell'Ufficio amministrativo che provvederà al pagamento)

CHIEDE la concessione del sussidio appresso indicato e DICHIARA, sotto la sua responsabilità, che le notizie relative alla composizione del nucleo familiare, ai motivi che originano la domanda e a quanto altro riportato nella dichiarazione sostitutiva allegata a corredo della presente richiesta assistenziale, corrispondono al vero.

(luogo e data di presentazione della domanda)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

SPAZIO RISERVATO AL COMANDANTE DI CORPO

Ente

A: PERSOMIL – Servizio Provvidenze
Tramite pec: persomil@postacert.difesa.it

e, per conoscenza a (Richiedente): _____

OGGETTO: richiesta di intervento assistenziale.

A favore di (Richiedente): _____

ACCERTATA la completezza della documentazione prodotta, si inoltra la richiesta
ovvero si restituisce in quanto _____

(timbro e firma del Comandante/Direttore)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ

(art.38 comma 3, art. 47 commi 1 e 2 del D.P.R. n° 445 in data 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a: (grado, cognome e nome)			
nato/a a:		il	
codice fiscale:			
residente a:		prov.	
in via/piazza/nr:		CAP	

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 commi 1,2,3 del D.P.R. n° 445 in data 28 dicembre 2000)

DICHIARA

Con riferimento all'istanza assistenziale, che oltre al sottoscritto il nucleo familiare convivente si compone di:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Professione

Dichiara inoltre che le persone sopra indicate:

- 1) non hanno presentato e non presenteranno richieste di rimborso ad altri organismi pubblici/privati;
non percepiscono rimborsi dal proprio datore di lavoro;
- 2) i motivi che originano la domanda di assistenza sono (barrare la casella di interesse):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ spese sanitarie | ☐ spese odontoiatriche | ☐ ausili uditivi |
| ☐ ausili ortopedici/protesici | ☐ ausili visivi | |
| ☐ spese funerarie | | |
| ☐ riacquisto beni impignorabili (calamità etc) | | |
| ☐ riacquisto beni impignorabili (furto) | ☐ particolare assistenza | |
| ☐ ripristino porta/infissi (furto) | | |

- 3) sono stati annessi i documenti di spesa probanti, ai sensi del CAD;
- 4) che è ☐ non è ☐ separato/a legalmente/divorziato/a e, nel caso lo sia, partecipa alle spese per i figli nella misura del _____%, come da sentenza del Tribunale, annessa.

(luogo e data)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

RIEPILOGO DEI DOCUMENTI DI SPESA

Richiesta assistenziale presentata da	
---------------------------------------	--

N°	Data fattura in ordine cronologico	Nr. fattura	Causale della spesa	Intestatario	Importo
1					
2					
3					
.					
.					
.					
				Totale pagato	

(luogo e data)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

(Se il numero delle fatture è superiore al numero delle righe è possibile annessere più moduli “Allegato 3”)

RIEPILOGO DEI DOCUMENTI DI SPESA

Richiesta assistenziale presentata da	
--	--

- ☐ Modello di richiesta di intervento assistenziale (all. 1);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (all. 2);
- ☐ Riepilogo dei documenti delle spese sostenute (all. 3 nr____);
- ☐ Documenti di spesa;
- ☐ Attestazione ISEE;
- ☐ Certificato di morte del _____;
- ☐ Attestazione per l'accertamento dei danni dell'evento da parte dell'Autorità preposta;
- ☐ Attestazione del medico contenente la descrizione dettagliata dei lavori eseguiti e la dichiarazione che gli stessi non siano a fini estetici;
- ☐ Sentenza di separazione/divorzio da cui si evinca la percentuale di partecipazione alle spese per i figli;

(contrassegnare le caselle dei documenti trasmessi in allegato alla pratica assistenziale e in caso di più allegati 3 indicarne il numero)

(luogo e data)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

Contiene dati personali da trattare ai sensi del Reg.UE 2016/679 e del D.lgs.196/2003

ISTANZA DI CONTRIBUTO PER ELEVAZIONE E AGGIORNAMENTO CULTURALE
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÁ

Forza Armata di appartenenza del richiedente:					
Io sottoscritto/a: (grado, cognome e nome)					
Nato/a a:		il			
Residente a:				Prov.	
Codice Fiscale					
E-mail istituzionale del richiedente:				Tel.	
E-mail dell'Ente:				Tel.	
Ente preposto al pagamento:					

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445, del 28 dicembre 2000¹

DICHIARA

Di aver conseguito il seguente titolo di studio:	
Presso l'Istituto/ Università	
In data	
Durata del corso	

- ☐ che la data di conseguimento del titolo è:
 - successiva al passaggio il Servizio Permanente Effettivo;
 - non antecedente 365 giorni la data di presentazione dell'istanza;
- ☐ che l'Istituto/ Università è legalmente riconosciuta e parificata;
- ☐ di non aver conseguito il citato titolo di studio presso Collegi, Scuole o Accademie Militari o, comunque frequentando corsi con oneri a carico parziale o totale del Ministero della Difesa;
- ☐ di non aver fruito di congedo straordinario senza assegni con fruizione di borsa di studio ovvero di aspettativa retribuita nel caso di dottorato (valido solo nei casi di diploma di specializzazione post lauream e di dottorato di ricerca).

(luogo e data di presentazione della domanda)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

¹ D.P.R. n. 445/2000, art. 76, 1° comma: "Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia". Art. 76, 2° comma: "L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso". Art. 76, 3° comma: "Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale". Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

SPAZIO RISERVATO AL COMANDANTE DI CORPO

_____ (ENTE)

A: PERSOMIL – Servizio Provvidenze

Tramite pec: persomil@postacert.difesa.it

e, per conoscenza a (Richiedente): _____

OGGETTO: Richiesta di contributo per elevazione e aggiornamento culturale.

A favore di (Richiedente): _____

ACCERTATA la completezza della documentazione prodotta, si inoltra la richiesta
ovvero si restituisce in quanto _____

(timbro e firma del Comandante/Direttore)

Forza Armata di appartenenza del richiedente:					
Il sottoscritto: (grado, cognome e nome)					
nato/a a:				il	
residente a:				prov.	
in via/piazza/nr:				CAP	
e-mail istituzionale del richiedente:				cell./tel.	
codice fiscale:					
e-mail dell'Ente					
Ente preposto al pagamento					

la concessione di un contributo a parziale rimborso delle spese sostenute per le rette dell'asilo nido frequentato dal figlio/a:

cognome e nome			
nato/a a:		il	
codice fiscale:			

- **ATTESTA** che, in riferimento alla presente istanza, il proprio nucleo familiare è composto dal dichiarante e dal sottostante elenco di soggetti conviventi e persone a carico:

[illegible]

- **DICHIARA DI NON AVER PERCEPITO** (o di non essere in procinto di percepire), per le mensilità inserite nel sottostante prospetto e di cui si chiede il rimborso, analogo contributo a carico di altro ente/organismo pubblico.

Mese	Anno	Nr. fattura/ricevuta	Data	Importo retta pagata
Settembre				
Ottobre				
Novembre				
Dicembre				
Gennaio				
Febbraio				
Marzo				
Aprile				
Maggio				
Giugno				
Luglio				
Totale pagato				€

• **ALLEGA:**

- **propria certificazione ISEE** in corso di validità alla data di presentazione della presente domanda, rilasciata da un soggetto abilitato secondo la normativa vigente;
- **attestazione di iscrizione e frequenza** documento rilasciata dall'asilo nido frequentato dal minore, redatto da un soggetto abilitato secondo la normativa vigente; tale attestazione deve essere compilata utilizzando l'apposito modulo predisposto in allegato 6.1.
- **fatture intestate al militare** con i dati completi dell'asilo nido (indirizzo, P.IVA/C.F.) complete di mese e anno di riferimento, nome e cognome del minore, rette, pasti, bollo (se presente), importo totale, numero e data.
- **eventuale certificazione di disabilità grave**.

luogo e data di presentazione della domanda)

(firma leggibile e per esteso del dichiarante)

SPAZIO RISERVATO AL COMANDANTE DI CORPO

Ente

A: PERSOMIL – Servizio Provvidenze
Tramite pec: persomil@postacert.difesa.it

e, per conoscenza a (Richiedente): _____

OGGETTO: richiesta di rimborso parziale delle spese sostenute per le rette di asilo nido.

A favore di (Richiedente): _____

ACCERTATA la completezza della documentazione prodotta, si inoltra la richiesta
ovvero si restituisce in quanto _____

(timbro e firma del Comandante/Direttore)

ATTESTAZIONE DI ISCRIZIONE E FREQUENZA ANNO EDUCATIVO:

(rilasciata ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Si attesta che il bambino/a (*indicare nome e cognome*.....)

nato/a ila..... Codice Fiscale.....

E' iscritto/a e ha frequentato questa struttura nido (*indicare denominazione e sotto barrare quella interessata*).....

.....con sede nel Comune di..... Provincia..... Cap.....

regolarmente abilitata per la prima infanzia con provvedimento del.....n.....

☐ nido d'infanzia/micronido

☐ sezione primavera

☐ struttura educativa integrativa (spazio gioco/servizio nido contesto domiciliare)

nei mesi di (*barrare il mese e indicare l'anno*)

Settembre ☐

Marzo ☐

Ottobre ☐

Aprile ☐

Novembre ☐

Maggio ☐

Dicembre ☐

Giugno..... ☐

Gennaio ☐

Luglio..... ☐

Febbraio ☐

Il genitore (*indicare nome e cognome*.....) intestatario dei documenti di spesa ha sostenuto una retta mensile di euro.....

Si rilascia in carta semplice per gli usi consentiti dalla legge.

_____, _____
(luogo) (data)

(timbro o carta intestata della struttura e firma leggibile e per esteso del dichiarante)

**Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679
del Parlamento Europeo e del Consiglio relativo alla protezione delle persone fisiche
con riguardo al trattamento dei dati personali**

1. Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito Regolamento), si informano gli interessati che il trattamento dei dati personali da loro forniti o, comunque, acquisiti, è finalizzato esclusivamente all'espletamento delle attività amministrative relative al procedimento di assegnazione dei benefici previsti a favore del personale militare, in attuazione degli articoli 1474, 1831 e 1835 del D.Lgs. n. 66/2010, recante Codice dell'Ordinamento Militare (di seguito Codice).
2. A tal fine, i dati personali e particolari trattati sono quelli:
 - a) del militare richiedente;
 - b) del coniuge, del convivente, dei parenti e degli affini di 1° e 2° grado o dei componenti del nucleo familiare del militare richiedente.
3. Il trattamento dei dati personali e particolari avverrà a cura dei soggetti a ciò appositamente autorizzati, ai sensi delle disposizioni impartite da PERSONIL, quale Articolazione che esercita le funzioni di Titolare del trattamento, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate e con l'ausilio di apposite banche-dati automatizzate, nei modi e nei limiti necessari per il perseguimento delle finalità per cui i dati personali e particolari sono raccolti e/o successivamente trattati; ciò anche in caso di eventuale comunicazione a terzi che si renda necessaria, ai sensi della normativa vigente.
4. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini dell'espletamento del citato procedimento amministrativo, con l'avvertenza che il mancato consenso al trattamento dei dati personali costituisce impedimento all'espletamento dello stesso e, conseguentemente, all'assegnazione del beneficio (*).
5. In relazione al trattamento dei dati svolto da PERSONIL si comunica che:
 - a) il Titolare del trattamento è il Ministero della Difesa e la Direzione Generale per il Personale Militare (PERSONIL), con sede in Roma al Viale dell'Esercito n. 186, è l'Articolazione che esercita le funzioni di Titolare del trattamento per l'espletamento delle attività istituzionali connesse con il menzionato procedimento amministrativo e può essere contattata inviando apposita e-mail ai seguenti indirizzi di posta elettronica: persomil@persomil.difesa.it; posta elettronica certificata: persomil@postacert.difesa.it;
 - b) il Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato, esclusivamente per gli aspetti relativi al trattamento dei dati personali, ai seguenti recapiti e-mail: rpd@difesa.it; indirizzo posta elettronica certificata: rpd@postacert.difesa.it, come reso noto sul sito istituzionale www.difesa.it;
 - c) la finalità del trattamento è costituita dallo svolgimento delle attività amministrative richieste per la conclusione del citato procedimento di assegnazione dei benefici di cui ai menzionati articoli 1474, 1831 e 1835 e trova la sua base giuridica nel predetto Codice e nel Testo Unico dell'Ordinamento Militare, di cui al D.P.R. n. 90/2010 (articoli da 1053 a 1075);
 - d) i dati saranno comunicati alle articolazioni dell'Amministrazione della Difesa e/o alle Amministrazioni Pubbliche coinvolte nelle attività amministrative connesse con l'assegnazione dei benefici, ai sensi della normativa vigente;
 - e) l'eventuale trasferimento dei dati ha luogo ai sensi delle disposizioni previste dal Regolamento, di cui all'articolo 49, paragrafo 1, lettera d) e paragrafo 4, laddove consentito ai sensi degli articoli da 1053 a 1075 del D.P.R. n. 90/2010;
 - f) il periodo di conservazione è stabilito sino al conseguimento delle finalità per le quali i dati sono trattati, ivi compresa la tutela degli interessi dell'Amministrazione della Difesa presso le competenti sedi giudiziarie;
 - g) l'eventuale reclamo potrà essere proposto all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, in qualità di Autorità di controllo, con sede in Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma, Posta elettronica: protocollo@gpdp.it - Posta elettronica certificata: protocollo@pec.gpdp.it;
 - h) i dati personali e particolari sono stati ottenuti dagli Enti di servizio, quali soggetti diversi dall'interessato, ai sensi dell'articolo 14 del Regolamento;
 - i) all'interessato, ai sensi della normativa vigente, sono riconosciuti i diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del citato Regolamento, tra i quali il diritto di accedere ai dati che li riguardano, il diritto di rettificare, aggiornare, completare, cancellare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi alla legge, nonché il diritto di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti del Ministero della Difesa - Direzione Generale per il Personale Militare, quale Articolazione che esercita le funzioni di Titolare del trattamento dei dati personali;
 - j) i dati personali sono stati ottenuti da _____, quale soggetto diverso dall'interessato ai sensi dell'art. 14 del Regolamento (*).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (*)

Il sottoscritto _____, letta l'informativa che precede e preso atto del relativo contenuto, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nelle modalità e per le finalità sopra descritte.

Data, _____

Firma _____

(*) **NOTA:**

solo in caso di dati personali forniti da un soggetto diverso dall'interessato: dipendente civile/militare che fornisca dati di terzi come, per esempio, dati del coniuge e/o del figlio maggiorenne, che sono tenuti a prestare il consenso.

BENESSERE DEL PERSONALE MILITARE IN SERVIZIO E DELLE LORO FAMIGLIE

Autocertificazione ai fini del rimborso spese accompagnatore dell'interessato non autosufficiente in occasione di cerimonie in ricordo dei Caduti (Punto 1, lettera b del Compendio).

Il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445, del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di essere impossibilitato a partecipare autonomamente all'evento, per disabilità temporanea o permanente, di non avere prossimi congiunti e di essere accompagnato dal Sig. _____, nato a _____, il _____, del quale garantisce la condotta incensurabile.

(località e data)

(firma leggibile per esteso)