



**Per saperne di più.....(Allegato Modulistica)**

Di seguito vengono riportati i modelli della Regione Toscana per la richiesta del  
“Contributo una tantum”

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

DOMANDA CONTRIBUTO (da utilizzarsi unicamente per i cittadini comunitari)

Ai sensi della Legge Regionale 27 ottobre 2008, n. 57 e ss.mm.ii "Istituzione del Fondo di Solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro" (pubblicato sul BURT 5 novembre 2008, n.36) e del Regolamento attuativo approvato con DPGR 19 febbraio 2009, n.5/R (pubblicato sul BURT 25 febbraio 2009, n.4)

Data.....

Regione Toscana

al Direttore Generale Azienda USL n.....

DI.....

VIA.....,N.

CAP.....CITTA'.....

NOTA PER L'UFFICIO RICEVENTE DELLA AZIENDA USL:

TRASMETTERE IMMEDIATAMENTE al Direttore del Dipartimento di Prevenzione della propria Azienda USL

TRASMETTERE IMMEDIATAMENTE VIA FAX ALLA REGIONE TOSCANA Diritti di cittadinanza e coesione sociale 055/4383058

TRASMISSIONE A MEZZO RACCOMANDATA A.R.

IL SOTTOSCRITTO<sup>1</sup> .....

Nato a..... Prov.....in data....

Codice Fiscale

Residente in.....C.A.P..... Prov.....

Via/piazza..... n.....

Domiciliato in<sup>2</sup>.....C.A.P..... Prov.....

Via/piazza..... n.....

Tel.....Tel. cellulare.....

Posta elettronica.....

<sup>1</sup> Indicare nome e cognome del richiedente  
Compilare solo ove diverso dalla residenza

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)**

**CHIEDE**

**Il contributo previsto dalla LR 57/08**

**ED A TAL FINE DICHIARA**

**Sotto la propria responsabilità, il proprio status di beneficiario ai sensi dell'art. 3 della LR 57/08 trovandosi nella seguente condizione<sup>3</sup> rispetto al defunto:<sup>4</sup>**

**Sig/Sig.ra.....**

1) *Coniuge con o senza figli. (lo status di "coniuge" è considerato tale fino alla eventuale sentenza di divorzio).*

2) *Convivente more uxorio (con o senza figli) risultante nello stesso stato di famiglia del lavoratore deceduto (barrare questa casella equivale a **dichiarare sotto la propria responsabilità ai sensi dell'art 47 dpr 28 dicembre 2000, n. 445** che trattasi di condizione "in assenza di coniuge")*

3) *Figlio o più figli in assenza di coniuge o convivente*

4) *Ascendente<sup>5</sup> (indicare se padre/madre nonno/nonna o altro).....*

5) *Fratello o sorella<sup>6</sup>*

**Precisazioni**

*Fatti salvi i casi previsti dalle lettere a), b), c), d), del comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 57/2008, in cui il contributo è corrisposto interamente a favore o del coniuge o del convivente, anche in quanto genitore superstite di figli di minore età, in tutti gli altri casi il contributo è ripartito dalla Regione in quote uguali fra gli aventi diritto. I figli del lavoratore deceduto hanno diritto al contributo anche se maggiorenni.*

*Nei casi di pluralità di beneficiari, uno di essi può presentare un'unica domanda, con allegata apposita delega rilasciata dagli altri beneficiari, ai sensi del comma 4 dell'articolo 2 del DPGR 19 febbraio 2009, n.5/R Regolamento di attuazione della legge regionale 27 ottobre 2008, n. 57(Istituzione del fondo di solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro).*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI  
SENSI DELL'ART 46 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

**Che il/la Sig./Sig.ra.....(da riportare in alto su ogni pagina)**

**Nato a.....**

**In data..... Lavoratore: autonomo  dipendente).....**

**della Ditta<sup>7</sup>.....**

**è deceduto/a in occasione di lavoro sul luogo di lavoro nella seguente località<sup>8</sup> toscana:**

\_\_\_\_\_

**in data.....(si ricorda che la domanda deve essere presentata entro 180 gg dalla data del decesso)**

---

<sup>3</sup> Barrare soltanto la situazione effettiva

<sup>4</sup> Riportare nome e cognome del familiare deceduto sul luogo di lavoro in occasione di lavoro  
barrare la casella solo in assenza dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e

<sup>3</sup> ' barrare la casella in assenza dei sogge ' Riportare la ragione  
sociale della ditta ' Indicare località, comune e provincia

<sup>6</sup> barrare la casella in  
assenza dei soggetti di cui ai  
punti 1, 2, 3 e 4

<sup>7</sup> Riportare la ragione sociale della ditta presso la quale lavorava l'infortunato al momento del decesso

*Nome e cognome del lavoratore deceduto.....*

AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445 ]A)D che non vi

DICHIARA INOLTRE<sup>9</sup>

sono altri beneficiari e che si trova nella

seguinte situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- 20.000,00 (coniuge o in assenza convivente, senza figli)
- 20.000,00 (altri beneficiari in assenza di coniuge o convivente e di figli)
- 22.000,00 (un figlio in assenza di coniuge o convivente)<sup>10</sup>

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

**Istituto di Credito**.....

**C/C**.....**(IBAN)**.....

(SWIFT)<sup>11</sup>.

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare al domicilio indicato sulla presente istanza

**nel caso in cui sia stata barrata la casella "A" andare direttamente a pagina 8**

---

Barrare solo la casella A) o, in base alla situazione una o più caselle tra B), B1) e C) ed una sola casella relativa all'entità di contributo complessivamente spettante tra quelle riportate

<sup>10</sup> Nel caso in cui il figlio sia minore di età e non vi siano né coniuge né convivente, la domanda deve essere presentata dal tutore compilando anche il punto B1

Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

B) D che vi sono i seguenti altri beneficiari figli di minore età del familiare deceduto dei quali il richiedente è genitore esercente la potestà genitoriale e quindi legittimato ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della LR 57/08, a percepire l'intero ammontare del contributo:

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

e che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- 22.000,00 (coniuge o in assenza convivente, un figlio)
- 23.500,00 (coniuge o in assenza convivente, due figli)
- 25.000,00 (coniuge o in assenza convivente, tre o più figli)

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

**Istituto di Credito**.....

**C/C**.....**(IBAN)**.....

(SWIFT)<sup>12</sup>.

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare intestato al minore al domicilio indicato sulla presente istanza

**IN CASO DI NASCITURO FIGLIO DEL LAVORATORE DECEDUTO GIA' CONCEPITO AL MOMENTO DEL DECESSO**

Data presunta del parto.....

Il richiedente si impegna a richiedere, con una integrazione alla domanda, la quota di contributo relativa al nascituro, successivamente alla sua nascita. Ciò se il nascituro può presumersi concepito al tempo della morte del genitore ossia se nasce entro trecento giorni da tale evento (in applicazione dell'art. 462 comma 2 codice civile)

Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

B1) D che vi sono i seguenti altri beneficiari figli di minore età del lavoratore deceduto dei quali al richiedente è riconosciuta la tutela ed è quindi legittimato ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della LR 57/08, a percepire l'intero ammontare del contributo. E 'necessario in tal caso riportare i seguenti dati:

Nome e cognome tutore:.....

**Codice Fiscale Tutore** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Luogo e Data di nascita Tutore

Indirizzo residenza Tutore Indirizzo

domicilio Tutore Numero e data

Decreto nomina tutore: Tribunale che lo

ha emanato:

Nome e Cognome del minore.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Nome e Cognome del minore.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

Nome e Cognome del minore.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale** □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

e che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della L R 57/08:

- 22.000,00 (un figlio in assenza di coniuge o convivente)
  - 23.500,00 (due figli in assenza di coniuge o convivente)
  - 25.000,00 (tre o più figli in assenza di coniuge o convivente)
  - 22.000,00 (un figlio in presenza di coniuge o in assenza convivente senza potestà genitoriale)
  - 23.500,00 (due figli in presenza di coniuge o in assenza convivente senza potestà genitoriale)
  - 25.000,00 (tre o più figli in presenza di coniuge o in assenza convivente senza potestà genitoriale)
- Negli ultimi tre casi verrà calcolata la quota spettante ai figli al netto della quota eventualmente spettante al coniuge e/o al convivente.

comunica le seguenti coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT)<sup>13</sup>.

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare intestato al minore al domicilio indicato sulla presente istanza

Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

C) D che vi sono i seguenti altri beneficiari maggiorenni oltre al soggetto che presenta la domanda da cui il richiedente ha ricevuto delega alla presentazione dell'istanza<sup>14</sup> ai quali va ripartito il contributo per uguali quote parti e dei quali si riportano le informazioni utili ai fini dell'erogazione:

(nel caso in cui venga indicato lo stesso numero di conto corrente da più beneficiari lo stesso deve essere necessariamente cointestato a tutti i beneficiari per l'accredito delle quote di contributo spettanti)

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare al domicilio indicato sulla presente istanza

Nome.....

Cognome.....

Nato a..... in data.....

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio.....

Codice Fiscale

Rapporto con il familiare deceduto.....

Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT)<sup>15</sup>.

Nome.....

Cognome.....

Nato a..... in data.....

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio.....

Codice Fiscale

Rapporto con il familiare deceduto.....

Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT).....

La delega va allegata e deve essere firmata dal delegante e corredata di copia di valido documento di identità dello stesso. Nel caso di figli minori del defunto dei quali il richiedente non è genitore o non eserciti la potestà genitoriale occorre allegare delega alla presentazione dell'istanza a firma del tutore o dell'esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore con l'indicazione delle coordinate bancarie su cui liquidare la quota parte di contributo spettante ai minori, allegando oltre alla copia del proprio documento di identità, nel caso di tutore, anche gli estremi dell'atto con il quale è stato designato il tutore stesso.

Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

Nome.....

Cognome.....

Nato a..... in data.....

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio.....

**Codice Fiscale**

Rapporto con il familiare deceduto.....

Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT).....

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

Dichiara inoltre che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- 20.000,00 (altri beneficiari in assenza di coniuge o convivente e di figli)
- 22.000,00 (coniuge o in assenza convivente, un figlio)
- 23.500,00 (coniuge o in assenza convivente, due figli)
- 23.500,00 (due figli in assenza di coniuge o convivente)<sup>16</sup>
- 25.000,00 (coniuge o in assenza convivente, tre o più figli)
- 25.000,00 (tre o più figli in assenza di coniuge o convivente)<sup>17</sup>

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT)<sup>18</sup>.

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare al domicilio indicato sulla presente istanza

#### ALLEGA

copia valida del proprio documento di identità

nel caso in cui vi siano più beneficiari, ed un'unica domanda, apposite deleghe alla presentazione dell'istanza corredate da copia dei documenti di identità dei deleganti

nel caso di figli minori del familiare deceduto dei quali il richiedente non è genitore o nei confronti dei quali non eserciti la potestà genitoriale occorre allegare delega alla presentazione dell'istanza a firma del tutore con l'indicazione delle coordinate bancarie su cui liquidare la quota parte di contributo spettante ai minori, allegando copia del proprio documento di identità e dichiarando, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, gli estremi del Decreto del Tribunale con il quale è stato nominato il tutore stesso (riportando la data, il numero dell'atto ed i riferimenti del Tribunale che lo ha emesso)

Data.....

Firma (leggibile)

Esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 comma 1 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 la firma in calce non è soggetta ad autenticazione se è allegata la fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a rispondere penalmente di dichiarazioni mendaci**

<sup>16</sup> Nel caso in cui i due figli siano minori di età e non vi siano né coniuge né convivente, la domanda deve essere presentata dal tutore compilando la parte B1 riportando gli estremi dell'atto che designa il tutore stesso.

<sup>17</sup> Nel caso in cui tre o più figli siano minori di età e non vi siano né coniuge né convivente, la domanda deve essere presentata dal tutore compilando la parte B1 riportando gli estremi dell'atto che designa il tutore stesso.

Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Allegato "A"  
Nome e cognome del lavoratore deceduto

## Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti, anagrafici e sensibili, tra cui rientrano fra gli altri anche i dati idonei a rivelare lo stato di salute e l'origine razziale ed etnica secondo le definizioni dell'art. 4 del D.Lgs. 196/2003, verranno trattati per le seguenti finalità: istruttoria istanza richiesta contributo ai sensi della LR 57/08

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzata.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter procedere all'eventuale erogazione del contributo e per la corretta individuazione della titolarità del diritto e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata istruttoria dell'istanza e la mancata erogazione del contributo.

4. I dati, ai sensi della LR 57/08 e relativo regolamento, saranno comunicati dall'Azienda USL a: Regione Toscana per l'erogazione del contributo e la verifica della titolarità del diritto da parte dei beneficiari; tale verifica sulle dichiarazioni rese potrà essere effettuata anche attraverso INAIL - IPSEMA - Guardia di Finanza - INPS - Direzione Regionale del Lavoro - Comuni- Altri organi istituzionali competenti, a cui i dati potranno essere comunicati.

5. I titolari del trattamento sono:

- Azienda USL nell'ambito territoriale della quale si è verificato l'infortunio mortale (che riceve la domanda e avvia l'istruttoria sulla verifica delle circostanze del decesso)

- Regione Toscana - Giunta Regionale (che riceve dalla Azienda USL la domanda e procede con la fase successiva dell'istruttoria per l'erogazione del contributo e la verifica della titolarità del diritto dei beneficiari)

6. I responsabili del trattamento sono il responsabile del Settore Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà della Regione Toscana ed il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL<sup>19</sup> a cui è stata indirizzata la domanda

7. Gli incaricati del trattamento sono i dipendenti assegnati alle strutture dei responsabili;

8. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti dei titolari del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs. 196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

### Decreto Legislativo n. 196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Data.....

Firma.....

<sup>19</sup> Per l'Azienda USL: modificare solo nel caso in cui il responsabile del trattamento non sia il Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

DOMANDA CONTRIBUTO (da utilizzarsi unicamente per i cittadini extracomunitari)

Ai sensi della Legge Regionale 27 ottobre 2008, n. 57 e ss.mm.ii. "Istituzione del Fondo di Solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro" (pubblicato sul BURT 5 novembre 2008, n.36) e del Regolamento attuativo approvato con DPGR 19 febbraio 2009, n.5/R (pubblicato sul BURT 25 febbraio 2009, n.4)

Data.....

Regione Toscana

al Direttore Generale Azienda USL n.....

DI.....

VIA.....,N.

CAP.....CITTA'.....

NOTA PER L'UFFICIO RICEVENTE DELLA AZIENDA USL:

TRASMETTERE IMMEDIATAMENTE al Direttore del Dipartimento di Prevenzione della propria Azienda USL

TRASMETTERE IMMEDIATAMENTE VIA FAX ALLA REGIONE TOSCANA Diritti di cittadinanza e coesione sociale 055/4383058

TRASMISSIONE A MEZZO RACCOMANDATA A.R.

IL SOTTOSCRITTO<sup>1</sup> .....

Nato a..... Prov.....in data....

Codice Fiscale

Residente in.....C.A.P..... Prov.....

Via/piazza..... n.....

Domiciliato in<sup>2</sup>.....C.A.P..... Prov.....

Via/piazza..... n.....

Tei.....Tei. cellulare.....

Posta elettronica.....

<sup>1</sup> Indicare nome e cognome del richiedente  
Compilare solo ove diverso dalla residenza

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 28 dicembre 2000 n. 445)**

**CHIEDE**

**Il contributo previsto dalla LR 57/08**

**ED A TAL FINE DICHIARA**

**Sotto la propria responsabilità, il proprio status di beneficiario ai sensi dell'art. 3 della LR 57/08 trovandosi nella seguente condizione<sup>3</sup> rispetto al defunto<sup>4</sup>**

**Sig/Sig.ra.....**

**ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE TALE STATUS ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00):**

1) *Coniuge con o senza figli. (lo status di "coniuge" è considerato tale fino alla eventuale sentenza di divorzio).*

2) *Convivente more uxorio (con o senza figli) risultante nello stesso stato di famiglia del lavoratore deceduto. Il lavoratore deceduto deve inoltre risultare non coniugato.*

4) *Figlio o più figli in assenza di coniuge o convivente*

5) *Ascendente<sup>5</sup> (indicare se padre/madre nonno/nonna o altro).....*

6) *Fratello o sorella<sup>6</sup>*

**Precisazioni**

*Fatti salvi i casi previsti dalle lettere a), b), c), d), del comma 1 dell'articolo 4 della l.r. 57/2008, in cui il contributo è corrisposto interamente a favore o del coniuge o del convivente, anche in quanto genitore superstite di figli di minore età, in tutti gli altri casi il contributo è ripartito dalla Regione in quote uguali fra gli aventi diritto. I figli del lavoratore deceduto hanno diritto al contributo anche se maggiorenni.*

*Nei casi di pluralità di beneficiari, uno di essi può presentare un'unica domanda, con allegata apposita delega rilasciata dagli altri beneficiari, ai sensi del comma 4 dell'articolo 2 del DPGR 19 febbraio 2009, n.5/R Regolamento di attuazione della legge regionale 27 ottobre 2008, n. 57(Istituzione del fondo di solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro).*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSU DELL'ART 46 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

**Che il/la Sig./Sig.ra.....(da riportare in alto su ogni pagina)**

**Nato/a a.....**

**In data..... Lavoratore: Dautonomo  dipendente).....**

**della Ditta<sup>7</sup>.....**

**è deceduto/a in occasione di lavoro sul luogo di lavoro nella seguente località<sup>8</sup> toscana:**

\_\_\_\_\_

**in data.....(si ricorda che la domanda deve essere presentata entro 180 gg dalla data del decesso)**

---

<sup>3</sup> Barrare soltanto la situazione effettiva

<sup>4</sup> Riportare nome e cognome del familiare deceduto sul luogo di lavoro in occasione di lavoro  
barrare la casella solo in assenza dei soggetti di cui ai punti 1, 2 e

~~3~~ <sup>3</sup> barrare la casella in assenza dei sogge ' Riportare la ragione sociale della ditta ' Indicare località, comune e provincia <sup>6</sup> barrare la casella in assenza dei soggetti di cui ai punti 1, 2, 3 e 4

<sup>7</sup> Riportare la ragione sociale della ditta presso la quale lavorava l'infortunato al momento del decesso

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

DICHIARA INOLTRE<sup>9</sup>

]A)D che non vi sono altri beneficiari e che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

<input type="checkbox"/>	20.000	.	(coniuge o in assenza	,	senza figli)
	0	.	convivente		
<input type="checkbox"/>	20.000	.	(altri beneficiari in assenza di coniuge o convivente e		figli)
	n	.			
<input type="checkbox"/>	22.000	.	(un figlio in assenza di coniuge o convivente) <sup>10</sup>		
	n	.			

ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE QUANTO SOPRA ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00).

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT)<sup>11</sup>.

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare al domicilio indicato sulla presente istanza

**nel caso in cui sia stata barrata la casella "A" andare direttamente a pagina 8**

Barrare solo la casella A) o, in base alla situazione una o più caselle tra B), B1) e C) ed una sola casella relativa all'entità di contributo complessivamente spettante tra quelle riportate

<sup>10</sup> Nel caso in cui il figlio sia minore di età e non vi siano né coniuge né convivente, la domanda deve essere presentata dal tutore compilando anche il punto B1.

Il codice SWIFT deve essere riportato sempre nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

]B) D che vi sono i seguenti altri beneficiari figli di minore età del familiare deceduto dei quali il richiedente è genitore esercente la potestà genitoriale e quindi legittimato ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della LR 57/08, a percepire l'intero ammontare del contributo.

ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE QUANTO SOPRA ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00).

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

e che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>22.000</b> | (coniuge o in assenza convivente, un figlio)       |
| <input type="checkbox"/> <b>23.500</b> | (coniuge o in assenza convivente, due figli)       |
| <input type="checkbox"/> <b>25.000</b> | (coniuge o in assenza convivente, tre o più figli) |

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

**Istituto di Credito**.....

**C/C**.....**(IBAN)**.....

**(SWIFT)**<sup>12</sup>.....

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare intestato al minore al domicilio indicato sulla presente istanza

IN CASO DI NASCITURO FIGLIO DEL LAVORATORE DECEDUTO GIA' CONCEPITO AL MOMENTO DEL DECESSO

Data presunta del parto.....

Il richiedente si impegna a richiedere, con una integrazione alla domanda , la quota di contributo relativa al nascituro, successivamente alla sua nascita. Ciò se il nascituro può presumersi concepito al tempo della morte del genitore ossia se nasce entro trecento giorni da tale evento (in applicazione dell'art. 462 comma 2 codice civile

Il codice SWIFT deve essere riportato sempre nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

---

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

B1) D che vi sono i seguenti altri beneficiari figli di minore età del lavoratore deceduto dei quali al richiedente è riconosciuta la tutela ed è quindi legittimato ai sensi dell'articolo 4, comma 2 della LR 57/08, a percepire l'intero ammontare del contributo. E' necessario in tal caso riportare i seguenti dati:

Nome e cognome tutore:.....

**Codice Fiscale Tutore**

Luogo e Data di nascita Tutore.....

Indirizzo residenza Tutore.....

Indirizzo domicilio Tutore.....,

Numero e data Decreto nomina tutore:

Tribunale che lo ha emanato:.....

ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE QUANTO SOPRA ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00).

Nome e Cognome del minore.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

Nome e Cognome del minore.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

Nome e Cognome del minore.....

Luogo e Data di nascita.....

**Codice Fiscale**

e che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della lr 57/08:

- 22.000,00 (un figlio in assenza di coniuge o convivente)
- 23.500,00 (due figli in assenza di coniuge o convivente)
- 25.000,00 (tre o più figli in assenza di coniuge o convivente)
- 22.000,00 (un figlio in presenza di coniuge o in assenza convivente senza potestà genitoriale)
- 23.500,00 (due figli in presenza di coniuge o in assenza convivente senza potestà genitoriale)
- 25.000,00 (tre o più figli in presenza di coniuge o in assenza convivente senza potestà genitoriale)

Negli ultimi tre casi verrà calcolata la quota spettante ai figli al netto della quota eventualmente spettante al coniuge e/o al convivente. comunica le seguenti coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT)<sup>13</sup>.

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare intestato al minore al domicilio indicato sulla presente istanza

<sup>13</sup> Il codice SWIFT deve essere riportato sempre nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

]C) D che vi sono i seguenti altri beneficiari maggiorenni oltre al soggetto che presenta la domanda da cui il richiedente ha ricevuto delega alla presentazione dell'istanza<sup>14</sup> ai quali va ripartito il contributo per uguali quote parti e dei quali si riportano le informazioni utili ai fini dell'erogazione. DEVE ESSERE ALLEGATO DOCUMENTO UFFICIALE DAL QUALE RISULTI IL RAPPORTO DI PARENTELA CON IL LAVORATORE DECEDUTO ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00):

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare al domicilio indicato sulla presente istanza

Nome.....

Cognome.....

Nato a..... in data.....

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio.....

**Codice Fiscale**

Rapporto con il familiare deceduto.....

Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).

(SWIFT)<sup>15</sup>.....

Nome.....

Cognome.....

Nato a..... in data.....

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio.....

**Codice Fiscale**

Rapporto con il familiare deceduto.....

Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT).....

La delega va allegata e deve essere firmata dal delegante e corredata di copia di valido documento di identità dello stesso. Nel caso di figli minori del defunto dei quali il richiedente non è genitore o non eserciti la potestà genitoriale occorre allegare delega alla presentazione dell'istanza a firma del tutore o dell'esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore con l'indicazione delle coordinate bancarie su cui liquidare la quota parte di contributo spettante ai minori, allegando oltre alla copia del proprio documento di identità, nel caso di tutore, anche copia dell'atto con il quale è stato designato il tutore stesso (ove non certificabile o attestabile da soggetti pubblici italiani).

Il codice SWIFT deve essere riportato sempre nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

Nome.....

Cognome.....

Nato a..... in data.....

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio.....

**Codice Fiscale**

Rapporto con il familiare deceduto.....

Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):  
Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).....

(SWIFT).....

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

Dichiara inoltre che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- 20.000,00 (altri beneficiari in assenza di coniuge o convivente e di figli)
- 22.000,00 (coniuge o in assenza convivente, un figlio)
- 23.500,00 (coniuge o in assenza convivente, due figli)
- 23.500,00 (due figli in assenza di coniuge o convivente)<sup>16</sup>
- 25.000,00 (coniuge o in assenza convivente, tre o più figli)
- 25.000,00 (tre o più figli in assenza di coniuge o convivente)<sup>17</sup>

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

Istituto di Credito.....

C/C.....(IBAN).

(SWIFT)<sup>18</sup>.....

Nel caso in cui non si disponga di un conto corrente o nel caso in cui gli estremi dello stesso non vengano indicati, si procederà alla liquidazione del contributo, ove spettante, mediante invio di assegno circolare al domicilio indicato sulla presente istanza

#### ALLEGA

copia valida del proprio documento di identità

documentazione comprovante quanto riportato nelle pagine precedenti ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 dpr 445/00).

nel caso in cui vi siano più beneficiari, ed un'unica domanda, apposite deleghe alla presentazione dell'istanza corredate da copia dei documenti di identità dei deleganti

nel caso di figli minori del familiare deceduto dei quali il richiedente non è genitore o nei confronti dei quali non eserciti la potestà genitoriale occorre allegare delega alla presentazione dell'istanza a firma del tutore con l'indicazione delle coordinate bancarie su cui liquidare la quota parte di contributo spettante ai minori, allegando oltre alla copia del proprio documento di identità anche copia dell'atto con il quale è stato designato il tutore stesso ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 dpr 445/00).

Data.....

Firma (leggibile)

Esente dall'imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 comma 1 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 la firma in calce non è soggetta ad autenticazione se è allegata la fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a rispondere penalmente di dichiarazioni mendaci**

Nel caso in cui i due figli siano minori di età e non vi siano né coniuge né convivente, la domanda deve essere presentata dal tutore compilando anche la parte B1 ed allegando l'atto che designa il tutore stesso (ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani) <sup>17</sup> Nel caso in cui tre o più figli siano minori di età e non vi siano né coniuge né convivente, la domanda deve essere presentata dal tutore compilando anche la parte B1 ed allegando l'atto che designa il tutore stesso (ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani)

Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

Nome e cognome del lavoratore deceduto

### Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Signore/a,

Desideriamo informarla che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone

e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei

Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti, anagrafici e sensibili, tra cui rientrano fra gli altri anche i dati idonei a rivelare lo stato di salute e l'origine razziale ed etnica secondo le definizioni dell'art. 4 del D.Lgs. 196/2003, verranno trattati per le seguenti finalità: istruttoria istanza richiesta contributo ai sensi della LR 57/08

2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale e informatizzata.

3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter procedere all'eventuale erogazione del contributo e per la corretta individuazione della titolarità del diritto e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati potrebbe comportare la mancata istruttoria dell'istanza e la mancata erogazione del contributo.

4. I dati, ai sensi della LR 57/08 e relativo regolamento, saranno comunicati dall'Azienda USL a: Regione Toscana per l'erogazione del contributo e la verifica della titolarità del diritto da parte dei beneficiari; tale verifica sulle dichiarazioni rese potrà essere effettuata anche attraverso INAIL - IPSEMA - Guardia di Finanza - INPS - Direzione Regionale del Lavoro - Comuni - Altri organi istituzionali competenti, a cui i dati potranno essere comunicati.

5. I titolari del trattamento sono:

- Azienda USL nell'ambito territoriale della quale si è verificato l'infortunio mortale (che riceve la domanda e avvia l'istruttoria sulla verifica delle circostanze del decesso)

- Regione Toscana - Giunta Regionale (che riceve dalla Azienda USL la domanda e procede con la fase successiva dell'istruttoria per l'erogazione del contributo e la verifica della titolarità del diritto dei beneficiari)

6. I responsabili del trattamento sono il responsabile del Settore Sicurezza e Salute sui Luoghi di Lavoro Direzione Generale Diritto alla Salute e

Politiche di Solidarietà della Regione Toscana ed il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda USL<sup>19</sup> a cui è stata indirizzata la domanda

7. Gli incaricati del trattamento sono i dipendenti assegnati alle strutture dei responsabili;

8. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti dei titolari del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs. 196/2003, che per Sua

comodità riproduciamo integralmente:

#### Decreto Legislativo n. 196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in

relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Data.....

Firma.....

<sup>19</sup> Per l'Azienda USL: modificare solo nel caso in cui il responsabile del trattamento non sia il Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Di seguito viene riportato il modello del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per la richiesta del “Fondo di sostegno vittime di gravi infortuni sul lavoro

## Richiesta beneficio Fondo Infortuni

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il..... Sesso  M  F Documento di identità ..... n.....  
rilasciato da..... in data ..... residente in.....  
..... Provincia..... Via .....  
n..... CAP..... recapito telefonico..... email.....  
..... nella sua qualità di (barrare la casella corrispondente)

coniuge                       figlio/a                       padre/madre                       fratello/sorella

di ..... nato/a a ..... il .....  
Sesso  M  F C.F. .... residente in ..... Provincia.....  
Via ..... n..... CAP ..... deceduto/a in data.....  
in ..... per l'infortunio occorso il ..... presso la ditta....  
..... Via.....  
Comune..... Provincia.....

### CHIEDE

l'ammissione al beneficio ex art. 1, comma 1187, legge 27 dicembre 2006, n. 296.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

### DICHIARA

che il nucleo dei superstiti aventi diritto è così composto:

coniuge:

COGNOME e NOME	Sesso (M/F)	CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita

N. ... figli minori di anni 18 legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi:

COGNOME e NOME	Sesso (M/F)	CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita

N. ... figli maggiori di anni 18, studenti e viventi a carico:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Istituto di istruzione o Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol./ Accad.	Anno prima immatr.

N. .... figli maggiori di anni 18, totalmente inabili al lavoro e viventi a carico:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Inabile al lavoro dal .... Per (causa)

Padre e madre viventi a carico, **solo in assenza di coniuge e/o figli**:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

Fratelli e sorelle conviventi ed a carico, **solo in assenza di coniuge e/o figli**:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Istituto di istruzione Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol./ Accad.	Anno prima immat r.

**PER L'EROGAZIONE DEL BENEFICIO, SPECIFICARE LA FORMA DI PAGAMENTO SCELTA  
TRA QUELLE DI SEGUITO INDICATE:**

**5 Accredito su conto corrente o libretto nominativo bancario/postale**

Banca/Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Indirizzo: Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico. \_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_

Codice IBAN

5 5

5 5 5 5 5 5

Intestato a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cointestato a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**5 Accredito su carta prepagata N: \_\_\_\_\_ (previa verifica del limite massimo di caricamento)**

Intestata a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cointestata a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice IBAN

5 5

5 5 5 5 5 5

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante)

**AVVERTENZA**

Nel caso di:

- **più superstiti aventi diritto maggiorenni;**
- **superstiti aventi diritto minorenni, se appartenenti ad altro nucleo familiare**

è necessario compilare ed allegare il modello di delega (v. allegato).

**Allegato**

**MODELLO DI DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEL BENEFICIO UNA TANTUM**

I sottoscritti delegano alla riscossione del beneficio *una tantum* di cui all'art. 1, comma 1187, legge 27 dicembre 2006, n. 296, dell'importo di €. \_\_\_\_\_ il/la Sig./Sig.ra<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

**FIRMA DEI DELEGANTI**

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

**AUTENTICAZIONE<sup>2</sup> DELLE FIRME APPOSTE SULLA DELEGA ALLA RISCOSSIONE**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del funzionario attestatore) (qualifica del funzionario attestatore)

nella qualità di \_\_\_\_\_

attesto che:

il/la dichiarante Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

identificata in base<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

hanno sottoscritto alla mia presenza la delega alla riscossione.

<sup>1</sup> La persona del delegato deve essere la stessa che presenta l'istanza.

<sup>2</sup> Le firme possono essere autenticate, previa identificazione di ciascun delegante, dal funzionario incaricato a ricevere la documentazione presso la competente sede dell'Istituto, dal notaio, dal cancelliere, dal segretario comunale o da un funzionario incaricato dal Sindaco, dall'Autorità consolare italiana per i residenti all'estero (D.P.R. 445/2000 e s. m. i.).

<sup>3</sup> Estremi del Documento attestante l'identità del dichiarante.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IL FUNZIONARIO ADDETTO  
(Cognome, Nome e qualifica)

