



Ministero della Giustizia

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Direzione Generale del Personale e delle Risorse

Ufficio IV - Relazioni Sindacali



Ai rappresentanti delle OO.SS. del

Corpo di Polizia Penitenziaria

Area Negoziale Dirigenti di Polizia Penitenziaria

Comparto Funzioni Centrali

Carriera Dirigenziale Penitenziaria

Dirigenza Area Funzioni Centrali

e, p.c.

All'Ente di Assistenza per il Personale
dell'Amministrazione Penitenziaria

OGGETTO: Criteri elargizione dei sussidi al personale dell'Amministrazione Penitenziaria articolo 3, comma 3 del D.P.C.M. 21 febbraio 2008 - Anno 2020.

Si trasmette per opportuna informativa, la ministeriale n. GDAP-0229679.U datata 30 giugno 2020 dell'Ente di Assistenza per il Personale dell'Amministrazione Penitenziaria, concernente quanto in oggetto indicato .

IL DIRETTORE GENERALE
Massimo Parisi



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

CIRCOLARE

Al Dipartimento della Giustizia minorile e di comunità
Ai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione penitenziaria

Alle Direzioni degli Istituti penitenziari

Alle Direzioni delle Scuole di formazione

Ai Direttori degli Istituti di istruzione

LORO SEDI

Al Signor Vice Capo del Dipartimento

Alle Direzioni Generali

All'Ufficio I – Segreteria Generale

Alla Cassa delle Ammende

SEDE

e, p.c. Ai Componenti del Comitato di Indirizzo Generale
per il tramite dell'Ufficio delle Relazioni Sindacali

Oggetto: Criteri di elargizione dei sussidi al personale dell'Amministrazione Penitenziaria
Articolo 3, comma 3 del D.P.C.M. 21 febbraio 2008 – **Anno 2020.**

Il bilancio preventivo dell'Ente di assistenza per l'anno 2020 ha stanziato la somma di euro 1.300.000,00 per l'erogazione dei sussidi al personale dell'Amministrazione penitenziaria, ai sensi dell'articolo 2, comma c) del D.P.C.M. 21 febbraio 2008.

Le istanze di sussidio saranno esaminate e valutate da una Commissione ad hoc istituita dal Presidente dell'Ente.

Le spese sostenute per le quali si chiede il rimborso devono essere riferite all'anno 2020 e/o al periodo dal 01/08/2019 al 31/12/2019.

CRITERI E MODALITA' DI ACCESSO AL BENEFICIO

Chi può chiedere il beneficio

1. I dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria
2. Loro coniugi superstiti
3. Loro orfani
4. Il personale del Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità transitato ai sensi del d.P.R. 6 marzo 2001, n. 55 e ai sensi del D.P.C.M 15 giugno 2015 n. 84. Detto personale accede al beneficio nella misura del 3% della somma stanziata.



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

Criteri di elargizione

L'ammontare dei sussidi riconosciuti ai dipendenti è determinato in relazione al budget, al numero delle istanze pervenute, alla tipologia dell'evento o stato, ed alla fascia ISEE di appartenenza che non deve essere superiore ad euro 30.000,00, secondo la tabella che segue, fatta eccezione per GRAVI EVENTI STRAORDINARI di cui ai successivi punti d.1 e d.2

Le richieste di sussidio devono essere corredate del modello ISEE ordinario in corso di validità. Qualora detto modello presenti difformità e/o omissioni verrà sospesa l'erogazione del sussidio in attesa dell'emissione del nuovo ISEE, che dovrà comunque avvenire entro e non oltre il mese di marzo dell'anno successivo. Dopo tale termine il dipendente perderà il diritto all'erogazione del sussidio in questione.

Non saranno accolte le richieste di rimborso per le seguenti spese:

Spese sanitarie rimborsabili dal S.S.N. o da altri enti, da assicurazioni sanitarie private e dall'assicurazione sanitaria integrativa stipulata dall'Ente con RBM.

TABELLA FASCE ISEE

FASCIA	INDICATORE ISEE	IMPORTO
1	Fino a € 9.500,00	MASSIMO
2	da € 9.501,00 a € 13.000,00	RIDOTTO del 20%
3	da € 13.001,00 a € 17.000,00	RIDOTTO del 30%
4	da € 17.001,00 a € 21.000,00	RIDOTTO del 40%
5	da € 21.001,00 a € 25.000,00	RIDOTTO del 50%
6	da € 25.001,00 a € 30.000,00	RIDOTTO del 60%

TIPOLOGIE DI INTERVENTO E DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SUSSIDIO

a) STATI DI INVALIDITA' E DI HANDICAP

- Qualora il certificato di invalidità e/o quello relativo alla legge 104/92 art.3 comma 3 abbia scadenza nel corso dell'anno 2020, i mesi successivi alla data di scadenza verranno liquidati soltanto al momento della presentazione della nuova certificazione che dovrà avvenire entro e non oltre il mese di marzo dell'anno successivo
- Nel caso in cui il figlio minore per il quale si richiede il sussidio diventi maggiorenne nel corso dell'anno 2020, in assenza di nuova certificazione, verranno liquidati soltanto i mesi relativi alla minore età, in attesa della presentazione della nuova certificazione che confermi



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

lo stato di invalidità/handicap che dovrà essere comunque presentata entro e non oltre il mese di marzo dell'anno successivo.

Tali modalità di erogazione vengono applicate ai sensi dell'art.25, comma 6 bis dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114, *Semplificazioni per i soggetti con invalidità*.

La Commissione terrà conto, per quanto compatibili con i propri criteri valutativi, delle attribuzioni di invalidità poste in essere dalle apposite Commissioni sanitarie istituite dalla ASL o dall'INPS.

a.1) FIGLI MINORI riconosciuti invalidi civili totali e permanenti pari al 100%, o "invalidi civili con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita".

Documentazione

- Copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile totale e permanente in corso di validità
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

a.2) FIGLI MINORI riconosciuti invalidi civili "per difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età" o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L.104/92.

La Commissione, al fine di potere elargire il sussidio, ricaverà sulla base delle informazioni riportate nel modello sanitario, correttamente compilato in ogni sua parte pena l'esclusione dal beneficio, la percentuale di invalidità, non indicata nei certificati per i minori. Si specifica che, nel caso in cui nella sez. 3 del citato modello sanitario, venga riportata la stessa diagnosi presente nel certificato di invalidità, l'istanza non potrà essere valutata, così come nel caso in cui venga barrata la casella "NO" della sez. 3, verrà interpretata come "assenza di deficit invalidanti". L'istanza di sussidio, pertanto, sarà respinta senza essere esaminata. In questo caso, come già specificato precedentemente, non saranno ammesse richieste di riesame.

Il sussidio verrà erogato per le percentuali di invalidità individuate pari o superiori al 40%.

Documentazione

- Copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile attestante le "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età" o del certificato di portatore di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della legge 104/92
- Modello sanitario anno 2020, che dovrà essere compilato dal medico specialista e/o di famiglia **in tutte le sezioni**, secondo le indicazioni riportate nello stesso
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

a.3) CONIUGE e/o FIGLI MAGGIORENI FISCALMENTE A CARICO, riconosciuti invalidi civili con percentuale non inferiore al 74% - cieco civile o sordo civile, a condizione che lo stato di cecità o sordità sia stato certificato da apposita Commissione sanitaria. Sono considerati ciechi civili i soggetti affetti da cecità totale o che abbiano un residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi.



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

Documentazione

- Copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile ove si evinca la percentuale compresa dal 74% al 100% o, per quanto concerne la cecità e la sordità civile, certificato di invalidità rilasciato da specifica Commissione
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità.

b) RICOVERI-INTERVENTI CHIRURGICI-TERAPIE PER GRAVI PATOLOGIE -

ATTREZZATURE

- Se già si fruisce di uno dei sussidi di cui al punto a.1), a.2), a.3) il contributo economico sarà erogato in rapporto alla differenza tra il sussidio percepito l'anno precedente e la spesa sostenuta, solo nel caso in cui detta spesa superi il sussidio erogato.
- Non verranno valutate dall'apposita Commissione le istanze inerenti le spese sostenute dal dipendente, di cui ai punti b.1) e b.2), risultanti inferiori ad un importo di € 200,00 al netto delle riduzioni applicate in base alla fascia ISEE di appartenenza
- Non può essere richiesto ulteriore sussidio per uno stesso ausilio o attrezzatura, di cui ai punti b.2) e b.4) prima che siano trascorsi due anni dalla data dell'ultimo contributo erogato
- Le richieste di sussidio per le terapie pluriannuali devono essere supportate da certificato medico SSN che indichi la diagnosi e la durata dei cicli necessari
- Non sono rimborsabili le spese per interventi chirurgici di carattere estetico, salvo quelli relativi a chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattie gravi o incidenti

b.1) Spese sostenute dal DIPENDENTE PER SE' STESSO in relazione a ricoveri, interventi chirurgici e/o terapie per patologie di particolare gravità, in strutture pubbliche o private.

Il contributo per le spese sostenute presso le strutture private è concesso soltanto in caso di mancata tempestività del S.S.N. a fornire le stesse prestazioni, debitamente documentata.

La eventuale concessione di contributo per le spese sostenute per viaggi, vitto e alloggio compresi, intrapresi dai dipendenti per raggiungere strutture ospedaliere site in regioni diverse dalla propria, sarà valutata dalla Commissione in relazione alla gravità del caso.

Documentazione

- Copia conforme all'originale di tutte le spese sostenute, riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente ovvero dal 01/08/2019 al 31/12/2019
- Riepilogo delle spese sostenute
- Copia della cartella clinica
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

b.2) Spese sanitarie, comprese quelle per le attrezzature correlate allo stato di invalidità del DIPENDENTE riconosciuto INVALIDO CIVILE O DISABILE ai sensi della legge 104/92.

Documentazione

- Copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile o del riconoscimento di handicap ai sensi della L. 104/92



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

- Copia autenticata o conforme delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente, ovvero dal 01/08/2019 al 31/12/2019
- Riepilogo delle spese sostenute su modello debitamente compilato
- Documentazione idonea che dimostri la correlazione tra le spese sostenute e la patologia per la quale è stato riconosciuto lo stato di handicap
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

b.3) Spese sostenute, per CONIUGE o FIGLI FISCALMENTE A CARICO, in relazione a ricoveri, interventi chirurgici e/o terapie per patologie di particolare gravità, in strutture pubbliche o private, a fronte di una spesa minima di €.500,00.

Documentazione

- Copia conforme all'originale delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente, ovvero dal 01/08/2019 al 31/12/2019
- Copia conforme di apposita relazione medica relativa all'evento
- Dichiarazione dell'eventuale rimborso percepito da parte di altri enti, o che la spesa non è stata e non sarà rimborsabile da altri organismi
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

b.4) Spese sostenute, per il CONIUGE o FIGLI FISCALMENTE A CARICO riconosciuti INVALIDI CIVILI, per acquisto di attrezzature particolari (carrozzelle, apparecchi acustici ecc.) e/o spese per terapie riabilitative, legate alla patologia invalidante.

Documentazione

- Copia conforme all'originale del certificato di invalidità civile
- Documentazione conforme all'originale delle spese sostenute riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente, ovvero dal 01/08/2019 al 31/12/2019
- Riepilogo delle spese sostenute su modello debitamente compilato
- Documentazione idonea che dimostri la correlazione tra le spese sostenute e la patologia per la quale è stato riconosciuto lo stato di handicap
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

c) RIABILITAZIONE PROTESICA

c.1) Spese per SE' STESSO relative alla riabilitazione protesica delle arcate dentarie (protesi fisse o mobili).

Il contributo potrà essere erogato **alla conclusione della prestazione**, determinato in percentuale al budget individuato per tale tipologia di intervento, al numero delle istanze pervenute e secondo la tabella ISEE di riferimento.

La conclusione e la fatturazione della prestazione effettuata dovranno essere riferite all'anno di presentazione della richiesta o agli ultimi cinque mesi dell'anno precedente ovvero dal 01/08/2019 al 31/12/2019.



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

Qualora la riabilitazione protesica venga frazionata nel tempo, si potrà inoltrare richiesta di sussidio, relativamente alla parte di lavoro effettuata, solamente se corredata da certificato di conformità il quale indicherà, quindi, la "conclusione" di una parte della prestazione e da fattura dalla quale si evinca che tale porzione di lavoro è conclusa.

Il sussidio per la riabilitazione protesica può essere richiesto solo ed esclusivamente dal dipendente per sé stesso.

Documentazione

Ai fini della valutazione della richiesta di sussidio sarà considerata non valida la documentazione inviata che non indichi dettagliatamente quanto di seguito specificato.

- Copia conforme all'originale della documentazione della spesa totale sostenuta, riferita a prestazioni concluse e fatturate nell'anno di presentazione della domanda o negli ultimi cinque mesi dell'anno precedente, ovvero dal 01/08/2019 al 31/12/2019
- Riepilogo delle spese sostenute sull'allegato modello sanitario debitamente compilato
- Relazione del medico dentista riportante:
 - La diagnosi con l'indicazione del numero corrispondente al dente trattato specificando le arcate (superiore o inferiore)
 - Il piano di trattamento specificando il numero dei denti interessati e l'indicazione delle arcate (superiore o inferiore)
 - Nelle fatture, l'indicazione dell'importo di ogni singolo intervento (es.: dente n. 4.1 arcata... costo estrazione €....; dente n. 4.1 corona provvisoria costo €.....; dente n. 4.1 corona definitiva costo €...; ecc.)
 - Saranno escluse le fatture con scritta generica acconto o saldo con cifra totale e non dettagliata
 - La descrizione del manufatto
- Copia della dichiarazione di conformità ai sensi del decreto legislativo n.46 del 24 febb. 1997 in attuazione alla direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici dove sarà indicato ogni singolo elemento trattato dal medico dentista
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

d) GRAVI EVENTI STRAORDINARI

1.d) Danni legati a calamità naturali, riconosciute dalle competenti Autorità con dichiarazione di stato di emergenza.

Il contributo economico straordinario potrà essere erogato in relazione al budget individuato, a prescindere dal limite massimo di ISEE.

La Commissione si riserva di richiedere ai dipendenti le fatture inerenti le spese sostenute a giustificazione di quanto dichiarato.

Documentazione

- Copia conforme all'originale della documentazione comprovante lo stato di calamità naturale
- Autocertificazione di abitazione principale
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

d.2) Spese impreviste sostenute a causa di eventi di eccezionale gravità e che abbiano prodotto al dipendente una situazione di grave disagio economico, debitamente documentate.

Le spese per eventi funerari non possono essere considerate come "grave evento straordinario" poiché già disciplinate da apposita circolare.

Il contributo economico potrà essere erogato in relazione al budget individuato, a prescindere dal limite massimo di ISEE.

Le istanze riguardanti i casi di furto presso l'abitazione principale, saranno prese in considerazione solo relativamente alle spese, debitamente documentate, di danni strutturali provocati all'immobile (es. porte, finestre etc.).

Non verranno prese in considerazione le richieste relative al furto della propria autovettura.

Documentazione

- Copia conforme all'originale della documentazione comprovante le spese sostenute in relazione all'evento per cui si chiede il sussidio
- Attestazione dell'eventuale rimborso percepito da parte di altri enti, o attestazione che la spesa non è stata e non sarà rimborsabile da altri organismi
- Copia ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda senza omissioni e/o difformità

TEMPI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

IL DIPENDENTE

Consegna la richiesta di sussidio utilizzando esclusivamente i moduli allegati alla circolare, pena l'esclusione, con relativa documentazione, alla segreteria dell'Ufficio di appartenenza, improrogabilmente **entro il 10 settembre 2020**.

Per il rispetto della privacy, il dipendente può chiedere alla Segreteria di effettuare la trasmissione dell'istanza in busta chiusa, a mezzo posta. In tal caso questo Ente non si assume nessuna responsabilità in merito allo smarrimento dell'istanza.

La documentazione spedita in busta chiusa deve essere inviata esclusivamente per copia conforme. I dati autocertificati saranno sottoposti a controllo secondo la normativa vigente.

LA SEGRETERIA

Riceve dal dipendente la richiesta di sussidio e la relativa documentazione, controlla che la documentazione sia leggibile, appone il timbro di copia conforme agli originali.

Trasmette all'Ente le istanze esclusivamente tramite il form elettronico, inserendo tutti i dati relativi presenti nel modulo di domanda e la documentazione, allegata in singoli PDF, così distinti e denominati:

Istanza e modello sanitario
ISEE
Documentazione sanitaria

Il form elettronico per l'inserimento delle domande di sussidio sarà attivo dal 6 luglio al 21 settembre 2020



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
IL PRESIDENTE

E' opportuno che l'operatore di segreteria individuato per l'inserimento sia già autorizzato/registrato per tutte le altre attività dell'Ente di assistenza e sia in possesso delle credenziali precedentemente abilitate.

Nel caso in cui fosse necessario abilitare un nuovo operatore, le Direzioni dovranno comunicare formalmente, tramite posta elettronica all'indirizzo attivitaisociali.eap.dap@giustizia.it il nominativo.

Si rammenta che i dati inerenti le istanze di sussidio rientrano nella sfera dei dati personali e sensibili, pertanto le Direzioni avranno cura di rispettare le norme vigenti in materia di privacy.

RICORSI

Eventuali richieste di riesame delle istanze non accolte potranno essere inoltrate a questo Ente entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della comunicazione di rigetto. Dette istanze verranno riesaminate nel mese di marzo dell'anno successivo.

COMUNICAZIONE

La presente nota e i relativi moduli sono pubblicati sul sito www.enteassistenza.it nella sezione Circolari e Modulistica.

Gli Uffici in indirizzo sono pregati di dare alla presente circolare la più ampia diffusione a tutto il personale, anche assente a qualsiasi titolo.

IL PRESIDENTE DELL'ENTE
Bernardo Petralia

MODULO DI RICHIESTA SUSSIDIO – ANNO 2020

(deve essere compilato in stampatello in ogni sua parte)

RICHIEDENTE

COGNOME																								
NOME																								
DATA DI NASCITA		/		/																				
QUALIFICA																								
SEDE DI DERVIZIO																								

Dichiara sotto la propria responsabilità

ai sensi dell'art. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE) e degli artt. 75 e 76 (DICHIARAZIONI MENDACI) D.Lgs. 445/2000

- di essere: celibe / nubile coniugato/a separato/a convivente vedovo/a
- che il familiare per il quale si chiede il sussidio: è a carico del dipendente non è a carico del dipendente

BENEFICIARIO: Cognome e Nome	Data di nascita	Attività	Grado di parentela

- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE ordinario in corso di validità all'atto della domanda) è pari a € _____
- che i componenti dello stesso nucleo familiare, dipendenti dell'Amministrazione penitenziaria, non hanno presentato e non intendono presentare analoga richiesta per lo stesso evento

CHIEDE UN SUSSIDIO

- 1- Invalidi/portatori di handicap: figlio minore figlio maggiorenne coniuge
- 2- Interventi chirurgici /Ricovero/Terapie: dipendente figlio minore figlio maggiorenne coniuge
- 3- Prestazioni per riabilitazione protesica delle arcate dentarie: dipendente
- 4- Attrezzature particolari: dipendente figlio minore figlio maggiorenne coniuge
- 5- Grave evento straordinario: dipendente figlio minore figlio maggiorenne coniuge

Dichiara, altresì, di aver preso visione della vigente circolare relativa ai sussidi - barrare la casella

(Luogo e data)

(Firma)

(timbro lineare della Direzione)

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

(Luogo e data)

(Firma)

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.



MODELLO-RIEPILOGO SPESE SOSTENUTE ANNO 2020

Da allegare alle istanze di sussidio di cui ai punti b.1), b.2), b.3), b.4), c.1) della circolare dei sussidi

Dati anagrafici del dipendente o del familiare beneficiario del sussidio/contributo

COGNOME _____

NOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____

DIPENDENTE CONIUGE A CARICO CONIUGE SUPERSTITE FIGLIO A CARICO ORFANO DIP.TE

1. Spesa sostenuta per
Ricovero/intervento chirurgico/terapie Riabilitazione protesica

Descrizione sintetica a **giustificazione** delle spese sostenute
(evento, luogo, periodo del ricovero, ecc)

2. Elenco delle spese sostenute	Euro
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____
10) _____	_____

_____ data _____ firma del richiedente

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art.13 GDPR "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente

_____ data _____ firma del richiedente

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.



MODELLO SANITARIO – ANNO 2020

Da allegare alle istanze di cui al punto a.2) della circolare dei sussidi, redatto da un medico

PER UNA CORRETTA COMPILAZIONE LEGGERE LE NOTE ESPLICATIVE A PIÈ DI PAGINA

Dati anagrafici del paziente:

Cognome

Nome

Data di nascita / /

SEZ. 1 - Diagnosi (indicare la data di insorgenza della malattia):

SEZ. 2 - Interventi chirurgici:

barrare la casella interessata

SI

NO

IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA DATA DELL'INTERVENTO _____

SEZ. 3 - Compromissione della patologia sulla qualità della vita del paziente:

barrare la casella interessata

SI

NO

**IN CASO AFFERMATIVO SPECIFICARE LA TIPOLOGIA E L'ENTITA'
DELL'ATTUALE COMPROMISSIONE**

_____ data

_____ Timbro e firma del Medico

NOTE ESPLICATIVE

- **Scrivere in modo leggibile e compilare integralmente il modello, pena l'esclusione dalla valutazione e quindi dal sussidio.**
- **Nel caso in cui venga barrata la casella "NO" della Sez. 3, verrà interpretata come "assenza di deficit invalidanti", per cui l'istanza di sussidio sarà respinta senza essere valutata.**
- **Nel caso in cui venga riportata nella Sez. 3 la stessa dizione presente sul certificato di invalidità civile l'istanza di sussidio non sarà valutata.**