

ALLEGATO

**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:

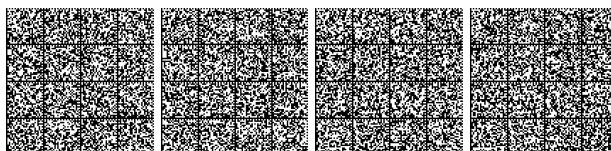
COGNOME e NOME	Sesso (M/F)	CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita

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 imma tr.





**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> \_\_\_\_\_

il/la dichiarante Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 identificata in base<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

il/la dichiarante Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 identificata in base<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

il/la dichiarante Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
 identificata in base<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

hanno sottoscritto alla mia presenza la delega alla riscossione.

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

<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 (INAIL o IPSEMA) o presso gli Uffici comunali.

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

