

SPESE PER L'ACQUISTO DI LIBRI SCOLASTICI/UNIVERSITARI POST LAUREA destinati ai dipendenti o ai loro figli

Documentazione a supporto:

- 1) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., attestante l'iscrizione a scuola secondaria di primo o secondo grado, o a corso di studi universitari o post laurea (cfr, modello **allegato 2**)
- 2) Copia della fattura intestata al richiedente o al figlio dello stesso, relativa all'acquisto di libri scolastici/universitari/postlaurea, recante il dettaglio dell'acquisto effettuato (titolo, autore e prezzo)
(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

SPESE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI CONSEGUENTI A PATOLOGIE INVALIDANTI, PER PRESCRIZIONI FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE, NONCHE' PER L'ACQUISTO DI APPARECCHIATURE PROTESICHE, OTTICHE, ACUSTICHE E ORTODONTICHE

Documentazione a supporto:

- 1) Copia della documentazione medica comprovante la necessità dell'intervento, della terapia e/o dell'acquisto effettuato e la sua correlazione con la documentazione prodotta
(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

- 2) Copia di fattura o parcella o ricevuta fiscale comprovante la spesa sostenuta, intestata al dipendente o a un familiare
(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

1) Copia della documentazione fiscale (ricevute bancarie dell'avvenuto pagamento o documentazione equivalente intestata al richiedente o al figlio del richiedente) attestante il pagamento della spesa
(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

2) Copia di documentazione attestante l'importo dovuto, anche tramite compilazione di apposita dichiarazione di cui all'art. 6 punto 3) del Regolamento sussidi DR/2021/4967 (cfr. modello allegato 2)
(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

RIMBORSO PER LE SPESE SOSTENUTE PER L'ACQUISTO DI STRUMENTI COMPENSATIVI E DISPENSATIVI EX LEGE N. 170/2010 E DI AUSILI ANCHE TECNOLOGICI PER ANZIANI E DISABILI PER IL DIPENDENTE E/O FAMILIARI AFFETTI DA PATOLOGIE CONCLAMATE (quali, a titolo di esempio, sedia a rotelle / carrozzina e relativi ricambi, stampella, girello, correttore posturale, tutore, sollevatore per disabili, rete e materasso ortopedico, materassino da decubito)

Documentazione a supporto:

1) Copia della documentazione medica comprovante la necessità dell'acquisto effettuato e la sua correlazione con la documentazione prodotta
(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

2) Copia di fattura o parcella o ricevuta fiscale comprovante la spesa sostenuta, intestata al dipendente o a un familiare
(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

SPESE SOSTENUTE PER I CENTRI RICREATIVI ESTIVI O PER I CAMPUS ESTIVI, IN ITALIA O ALL'ESTERO, PER I FIGLI DEI DIPENDENTI

Documentazione a supporto:

Copia della documentazione fiscale (fatture o ricevute intestate al richiedente purché riportanti tutti gli elementi previsti all'art. 21 del D.P.R.633/72 o bollettini postali da cui risulti il pagamento eseguito dal richiedente) attestante il pagamento, con indicazione del nome del/dei figlio/i, nonché la spesa sostenuta per ciascuno; il richiedente deve altresì precisare in che percentuale il rimborso spettante debba essere imputato a ciascun beneficiario.

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

SPESE PER L'ASSISTENZA DI FAMILIARI DISABILI

Documentazione a supporto:

- 1) Copia del certificato della ASL competente attestante, per il/i familiare/ri per il quale si sono sostenute le spese, la connotazione di gravità dell'handicap, di cui all'art. 3, comma 3, della legge 104/1992. Laddove già in possesso di autorizzazione ai benefici della legge 104/1992 rilasciata dall'Ateneo, è sufficiente dichiararlo nell'apposita dichiarazione presente alla successiva lettera d).

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

- 2) Copia del contratto di assistenza stipulato tra il richiedente e:

- a) un operatore singolo, oppure
- b) un'associazione specializzata,

da cui risulti in modo inequivoco il nominativo del disabile in favore del quale è effettuata la prestazione, che deve coincidere con il nominativo del disabile risultante dalla documentazione medica prodotta.

Nel caso di assistenza prestata da un'associazione specializzata, in luogo del contratto può essere prodotta copia della documentazione fiscale rilasciata dall'associazione (fatture o ricevute intestate al richiedente, purché riportanti tutti gli elementi previsti all'art. 21 del D.P.R.633/72 o bollettini postali da cui risulti il pagamento eseguito dal richiedente), purché dalla stessa risulti in modo inequivoco il nominativo del disabile in favore del quale la prestazione stessa è effettuata, che deve coincidere con il nominativo del disabile risultante dalla documentazione medica prodotta.

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

RIMBORSO DI SPESE FUNERARIE, ANCHE IN CASO DI CREMAZIONE PER FAMILIARI A CARICO AL MOMENTO DEL DECESSO

Documentazione a supporto:

Copia della fattura o parcella o ricevuta fiscale comprovante la spesa sostenuta, intestata al dipendente o a un familiare

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

Per il solo anno 2021

RIMBORSO DI ABBONAMENTI ANNUALI DI TRASPORTO per il dipendente o un familiare

(Nel caso in cui la richiesta di rimborso riguardi un familiare indicare i dati del familiare (nome, cognome, data di nascita, codice fiscale)

Documentazione a supporto:

1) Copia abbonamento annuale acquistato

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

2) Copia di documentazione fiscale (fattura o ricevuta intestata al richiedente o ad un familiare)

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

ALLA PRESENTE ALLEGA LA SEGUENTE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE:

Per tutti i tipi di sussidio:

- 1) Copia dell'attestazione ISEE in corso di validità;
- 2) Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità (non richiesto se si è effettuato l'accesso alla piattaforma con SPID);
- 3) Certificazione di invalidità di un componente del nucleo familiare (da produrre solo in caso di compilazione delle dichiarazioni di cui alla successiva lettera d) in relazione a se stesso o ad un familiare), ove questa non sia già in possesso dell'Amministrazione;

4) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, resa ai sensi degli artt.19 e 47 del DPR 445/2000 e s.m.i., che attesta che le fotocopie allegate alla presente dichiarazione sono conformi all'originale (cfr. modello **allegato 3**).

* * * * *

Il sottoscritto dichiara, inoltre, **PER L'ANNO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO**

a) che il proprio stato civile risultava essere:

barrare la casella che interessa

libero coniugato altro _____

b) che il proprio nucleo familiare risultava essere così composto:

Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale	Tipologia di parentela

N.B. - In caso dipendente separato o divorziato nel cui stato di famiglia non compaiono i figli, allegare dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. (cfr. **modello allegato 2**), comprovante il vincolo di parentela a sostegno della legittimità della spesa sostenuta e attestante la rinuncia dell'altro coniuge/parte dell'unione civile a richiedere il rimborso per le medesime spese; tale dichiarazione, sottoscritta da entrambi i coniugi/parte dell'unione civile

c) che i seguenti familiari risultavano a carico:

Nome e Cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale	Tipologia di parentela

d) la presenza nel proprio nucleo familiare di n. ___ persone con **disabilità**. A tal fine

➤ allega n. ___ certificazioni di invalidità per:

1) n. ___ minorenni dalla quale risulta la percentuale di invalidità _____ %;

2) n. ___ minorenni dalla quale risulta la percentuale di invalidità _____ %;

* * * * *

1) n. ___ maggiorenni dalla quale risulta la percentuale di invalidità _____ %;

2) n. __ maggiorenni dalla quale risulta la percentuale di invalidità _____ %

➤ per n. __ unità, con percentuale di invalidità _____ %, rinvia alla documentazione medica già in possesso dell'Amministrazione.

Data, _____

FIRMA
(non richiesta se si è effettuato l'accesso alla piattaforma con SPID)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 recante norme sul trattamento dei dati personali
I dati raccolti con il presente modulo sono trattati ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e comunque, nell'ambito delle attività istituzionali dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Titolare del trattamento è l'Università, nelle persone del Rettore e del Direttore Generale, in relazione alle specifiche competenze. Esclusivamente per problematiche inerenti ad un trattamento non conforme ai propri dati personali, è possibile contattare il Titolare inviando una email al seguente indirizzo: ateneo@pec.unina.it; oppure al Responsabile della Protezione dei Dati: rpd@unina.it; PEC: rpd@pec.unina.it. Per qualsiasi altra istanza relativa al procedimento in questione deve essere contattato invece l'Ufficio Relazioni Sindacali e Trattamento Accessorio (U.R.S.T.A.): ursta@unina.it; PEC: ursta@pec.unina.it. Agli interessati competono i diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento UE. Le informazioni complete relative al trattamento dei dati personali raccolti sono riportate sul sito dell'Ateneo: <http://www.unina.it/ateneo/statuto-e-normativa/privacy>.