

## 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.