Domanda di Assistenza Sanitaria - Benefici Socio- Assistenziali Anno 2023 – Ex dipendenti del Comparto e dell'Area Istruzione e Ricerca

DATI ANAGRAFICI

DATI DEL RICHIEDENTE

MATRICOLA …….

COGNOME e NOME

……

DICHIARAZIONI

☐ Dichiarazione per genitori entrambi dipendenti dell'istituto:

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di presentare la presente domanda di comune accordo con l'altro genitore:

Cognome e Nome ……

DICHIARAZIONE ISEE

☐ Dichiaro ISEE**
☐ Non dichiaro ISEE

Importo ISEE _____ €
(**) Allegare dichiarazione ISEE

DATI RICHIESTE

ALLEGATI

Allego distinta di fatture per

☐ Prestazioni (allegare fatture)
☐ Presidi Medici (allegare fatture e prescrizioni)
☐ Prestazioni per Beneficiario invalido al 100% e riconosciuto con handicap grave ex Lege 104/92 art. 3 comma 3 (allegare fatture, verbale d'invalidità e verbale riconoscimento ai sensi della Legge 104/92)
☐ Dispositivi Medici per Beneficiario invalido al 100% e riconosciuto con handicap grave ex Lege 104/92 art. 3 comma 3 (allegare fatture, prescrizioni, verbale di invalidità e verbale riconoscimento ai sensi della Legge 104/92)

Domanda di Assistenza Sanitaria - Benefici Socio- Assistenziali Anno 2023 – Ex dipendenti del Comparto e dell'Area Istruzione e Ricerca

- ☐ **Io sottoscritto/a, consapevole della responsabilità civile e penale in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o di uso di atti falsi, ovvero di esibizione di atti contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiaro che i dati sopra riportati corrispondono al vero.**

  Mi impegno, altresì, a comunicare qualsiasi variazione che dovesse intervenire nella situazione autocertificata, entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

- ☐ **Dichiaro di non aver richiesto altri benefici per le prestazioni/presidi indicati nella presente domanda**
- ☐ **Dichiaro che i benefici richiesti sono riferiti a me o a familiari fiscalmente a mio carico**

Allegata la seguente documentazione:

- ☐ Documento di identità……
- ☐ Fatture
- ☐ Prescrizioni mediche
- ☐ ISEE
- ☐ Altro (specificare la tipologia di documentazione) …….

Data _____

Firma del richiedente_____

Richieste

Visite Specialistiche

Specializzazione[1]	Beneficiario	N. Fattura	Data fattura	Importo

[1] Consultare elenco allegato

Richieste

Presidi medici

Presidio Medico	Beneficiario	N. Fattura	Data fattura	Importo

Visite Specialistiche

Specializzazione[2]	Beneficiario	N. Fattura	Data fattura	Importo

[2] Consultare elenco allegato

Domanda di Assistenza Sanitaria - Benefici Socio- Assistenziali Anno 2023 – Ex dipendenti del Comparto e dell'Area Istruzione e Ricerca

Richieste per Beneficiario invalido al 100% e riconosciuto disabile grave ex Lege 104/92 art.3 comma 3

Presidi Medici

Presidio Medico	Beneficiario	N. Fattura	Data fattura	Importo

Domanda di Assistenza Sanitaria - Benefici Socio- Assistenziali Anno 2023 – Ex dipendenti del Comparto e dell'Area Istruzione e Ricerca

Elenco Specializzazioni Mediche

Allergologia
Angiologia
Cardiologia
Chirurgia
Dermatologia
Dermatologo
Dermosifilopatia
Diabetologia ed endocrinologia
Dietologo
Ematologia
Endocrinologo
Gastroenterologo
Ginecologia e ostetricia
Ginecologo
Logopedista
Medicina fisica e riabilitativa
Medicina interna
Neurologia
Nutrizionista
Oculistica
Odontoiatra (visita)
Oncologo (visita)
Ortopedia
Otorinolaringoiatra
Pediatria
Pneumologia
Psichiatria
Reumatologia
Terapia psicologica
Urologia
Visita medica
Altro