

Domanda cluster 2

**FONDO DI SOLIDARIETA' ATTIVATO DALLA FNOPI
"#NoiConGliInfermieri"**

DOMANDA DI BENEFICIO "INFERMIERI AMMALATI"

(La domanda di accesso al beneficio può essere presentata solo da infermieri iscritti ad un Ordine provinciale delle professioni infermieristiche o da pensionati ex iscritti all'albo di appartenenza rientrati in servizio senza obbligo di iscrizione all'albo)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ Via/Piazza _____, n. _____,
recapito PEC _____
recapito e-mail _____ recapito telefonico _____
Codice Fiscale _____
Iscritto all'OPI di _____ dall'anno _____ (numero di iscrizione _____)

OPPURE

Pensionato cancellato dall'OPI di _____ dall'anno _____ rientrato in servizio il _____

Dichiara di aver contratto il COVID – 19 e di essere stato ricoverato / o in quarantena obbligatoria dal _____ al _____ e pertanto

CHIEDE

di poter accedere al beneficio previsto dalla FNOPI per "INFERMIERI AMMALATI" che prevede il **rimborso per le spese mediche/riabilitative/di supporto psicologico sostenute dopo la dimissione, ovvero dopo l'ultimo tampone negativo ed entro 6 mesi dalla guarigione sino ad un massimo di euro 10.000,00.**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA

• di essere iscritto all'OPI di _____

OVVERO

• di essere pensionato, rientrato temporaneamente in servizio, ex iscritto all'OPI di _____

• di svolgere/aver svolto la propria attività lavorativa nel periodo di riferimento presso _____, con la qualifica di _____

• di essere stato ricoverato per COVID-19 dal _____ al _____ presso _____

Ovvero

• di essere stato in isolamento per COVID-19 dal _____ al _____ presso _____

• di aver sostenute le seguenti spese medico –riabilitative/di supporto psicologico nei sei mesi successivi alla data della dimissione ovvero dalla data dell'ultimo tampone negativo:

(indicare sinteticamente il tipo di spesa e il numero di ricevuta o fattura di riferimento)

- _____ - per euro _____
- _____ - per euro _____
- _____ - per euro _____
- _____ - per euro _____

_____ - per euro _____
_____ - per euro _____
_____ - per euro _____

TOTALE RIMBORSO RICHIESTO Euro _____

• di voler ricevere il presente beneficio economico a mezzo bonifico bancario sul conto corrente bancario a sé intestato IBAN _____

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente domanda non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto e che la FNOPI procederà al controllo dei dati dichiarati e alla acquisizione dell'eventuale ulteriore documentazione necessaria.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare che, successivamente al controllo di regolarità amministrativa della domanda la FNOPI procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto a mezzo bonifico bancario entro 30 giorni dalla positiva verifica di regolarità amministrativa.

Il/La sottoscritto/a autorizza la FNOPI al trattamento dei dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda certificazione medica attestante la malattia (*certificato di dimissioni struttura sanitaria attestante la malattia/certificato del medico ASL attestante la malattia /attestazione esito tamponi sia positivi che negativi*)

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda i seguenti documenti di spese sanitarie/riabilitative/di supporto psicologico dichiarando che la copia è conforme all'originale in suo possesso:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda la fotocopia di un documento in corso di validità.

Data

Firma

La FNOPI si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

Tutta la documentazione necessaria deve pervenire esclusivamente alla casella mail: fondocovid@fnopi.it