

Domanda cluster 2 – Infermieri bisognosi di supporto psicologico

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

**DOMANDA DI BENEFICIO "INFERMIERI BISOGNOSI DI SUPPORTO
PSICOLOGICO"**

(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 _____

CHIEDE

di poter accedere al beneficio previsto dalla FNOPI per "INFERMIERI BISOGNOSI DI SUPPORTO PSICOLOGICO" che prevede **il rimborso per le spese di psicoterapia sostenute per fronteggiare il trauma da attività lavorativa in emergenza COVID – 19 sino ad un massimo di euro 2,000,00.**

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 aver sostenute le seguenti spese di supporto psichiatrico/psicologico/psicoterapia per fronteggiare il trauma da attività lavorativa in emergenza COVID – 19
(indicare il tipo di spesa e il numero di ricevuta o fattura di riferimento)

- _____ - 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 la prescrizione medica della terapia di supporto psichiatrico/psicologico/psicoterapia dichiarando che la copia è conforme all'originale in suo possesso.

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda i seguenti documenti di spese di supporto psichiatrico/psicologico/psicoterapia 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