

Domanda cluster 3 – coniuge o convivente

**FONDO DI SOLIDARIETA' ATTIVATO DALLA FNOPI
“#NoiConGliInfermieri”**

**DOMANDA DI BENEFICIO “INFERMIERI DECEDUTI”
AVANZATA DA CONIUGE/CONVIVENTE (ANCHE MORE UXORIO)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ___/___/_____
residente a _____, Via/Piazza _____, n. _____,
recapito PEC _____ recapito e-mail _____
recapito telefonico _____
Codice Fiscale _____

In qualità di coniuge/convivente dell'infermiere deceduto

Nome e cognome _____
nato/a a _____ (____) il ___/___/_____
deceduto/a a _____ (____) il ___/___/_____
Già iscritto all'OPI di _____

Dichiara che il proprio coniuge/convivente è deceduto a causa del COVID - 19 e pertanto

CHIEDE

di poter accedere al beneficio previsto dalla FNOPI per “INFERMIERI DECEDUTI” che prevede **un contributo di euro 20.000,00, maggiorato di euro 5.000,00 per ciascun figlio (che alla data del decesso non abbia compiuto i 26 anni)**

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 coniugato/convivente anche more uxorio dal _____
- dall'unione non sono nati figli

Ovvero

- dall'unione sono nati i seguenti figli:

- _____ nato a _____ il _____ di anni _____
- _____ nato a _____ il _____ di anni _____
- _____ nato a _____ il _____ di anni _____
- _____ nato a _____ il _____ di anni _____

- 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 i seguenti documenti dichiarando che la copia è conforme all'originale in suo possesso:

- il certificato di decesso del coniuge/convivente
- certificato medico attestante la causa del decesso da COVID-19

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