

Domanda cluster 1 – quarantena obbligatoria a casa per dipendenti

FONDO DI SOLIDARIETA' ATTIVATO DALLA FNOPI “#NoiConGliInfermieri”

DOMANDA DI BENEFICIO “INFERMIERI IN QUARANTENA”

(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 _____ (____) 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 essere stato in quarantena per positività al COVID-19 dal _____ al _____ e pertanto

CHIEDE

di poter accedere al beneficio previsto dalla FNOPI per “INFERMIERI IN QUARANTENA” che prevede la corresponsione di una somma a **forfait di euro 25,00 per ogni giorno di quarantena obbligatoria trascorsa nella propria abitazione per un massimo di 30 giorni.**

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 non aver usufruito nel medesimo periodo di aspettative e/o di essersi assentato in maniera continuativa dal lavoro.
 - di aver trascorso il periodo di quarantena obbligatoria certificata* per positività nella propria abitazione nel periodo dal _____ al _____ presso _____ per un totale di giorni n _____
 - 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 60 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 (certificazione pubblica oppure del medico di medicina generale attestante il periodo di quarantena obbligatoria per positività al Covid-19 e tampone positivo attestante inizio quarantena ed almeno un tampone negativo attestante il termine della quarantena*).**

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