Dipartimento Organizzazione, Risorse Umane
Settore Gestione Giuridica del Personale
Cittadella Regionale – Viale Europa - CATANZARO

RICHIESTA CONTRIBUTO STRAORDINARIO – MODELLO 2

Cognome		Nome			
Matricola		Nato a		il	
Residente a		Categoria			
Telefono (ufficio - se in servizio)		Cellulare			
@mail (istituzionale - se in servizio)					
Dipartimento (se in servizio)		Sede			
Coordinate Bancarie Beneficiario (IBAN) (per il personale cessato)					

CHIEDE

un contributo per il personale in servizio a tempo indeterminato, per quello cessato e per i loro familiari fiscalmente a carico per

- ☐ ricovero fuori regione o all'estero
- ☐ interventi chirurgici
- ☐ cure riabilitative
- ☐ accertamenti di carattere diagnostico
- ☐ terapie antiblastiche
- ☐ gravi infermità o grave malattia che richiedono cure costose

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ cartella clinica in originale
- ☐ certificazione specialistica in originale attestante le cure e/o le terapie effettuate
- ☐ autorizzazione per i ricoveri all'estero rilasciata dal centro regionale di riferimento per i ricoveri all'estero
- ☐ traduzione in italiano della documentazione in lingua originale per i ricoveri all'estero
- ☐ certificazione dell'ASP attestante la specifica delle prestazioni autorizzate rimaste a carico del SSN
- ☐ certificazione rilasciata dal medico specialista di strutture ospedaliere attestante la gravità della malattia, la necessità della terapia, la comprovata effettuazione della sperimentazione del farmaco e la non eseguibilità del trattamento presso il centro di riferimento
- ☑ fatture o ricevute in originale delle spese sostenute complete delle generalità del fruitore delle prestazioni
- ☑ autocertificazioni per richiesta contributo (Modello A)
- ☐ autocertificazione fiscalmente a carico (Modello B)

data

Firma

_____

AVVERTENZA: Compilare con attenzione il presente modello. Le domande incomplete o prive degli allegati richiesti saranno rigettate.