

Alla Sede IPSEMA di \_\_\_\_\_

**Richiesta beneficio Fondo Infortuni.**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
 il ..... Sesso M F documento di identità ..... n .....  
 rilasciato da ..... in data ..... residente in .....  
 ..... Provincia ..... Via .....  
 n ..... CAP ..... recapito telefonico ..... email .....  
 ..... nella sua qualità di (barrare la casella corrispondente)

O coniuge       O figlio/figlia       O padre/madre       O fratello/sorella

di ..... nato/a a ..... il .....  
 Sesso ..... C.F. .... residente in ..... Provincia ..  
 Via ..... n ..... CAP ..... deceduto/a in data .....  
 in ..... per l'infortunio occorso il ..... presso la  
 ditta ..... Via .....  
 Comune ..... Provincia ..

**CHIEDE**

l'ammissione al beneficio ex art. 1, comma 1187, legge 27 dicembre 2006, n. 296.  
 A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28  
 dicembre 2000 n. 445 in caso di false dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

che il nucleo dei superstiti aventi diritto è così composto:

coniuge

COGNOME NOME	Sesso (M/F)	CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita

N. figli minori di anni 18 legittimi, naturali riconosciuti o riconoscibili, adottivi:

COGNOME NOME	Sesso (M/F)	CODICE FISCALE	Luogo e data di nascita

N. di figli maggiori di anni 18, studenti e viventi a carico:

COGNOME NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Istituto di istruzione o Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol./Accad.	Anno prima immatricolazione.

N..... figli maggiori di anni 18, totalmente inabili al lavoro e viventi a carico

COGNOME. NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Inabile al lavoro dal . Per (causa)

Padre e madre viventi a carico, solo in assenza di coniuge e/o figli:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

Fratelli e sorelle conviventi ed a carico, solo in assenza di coniuge e/o figli:

COGNOME, NOME e CODICE FISCALE	Sesso (M/F)	Luogo e data di nascita	Istituto di istruzione Università	Corso frequentato e durata	Anno Scol./ Acca&	Anno prima imma tr.



**MODELLO DI DELEGA ALLA RISCOSSIONE DEI, BENEFICIO UNA TANTUM**

*I sottoscritti delegano alla riscossione del beneficio una tantum di cui all'art. comma 1187. legge 27 dicembre 2006, n. 296. dell'importo di €.* \_\_\_\_\_ *il/la Sig./Sig.ra*<sup>1</sup>  
nato/a a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ PR, " \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

**FIRMA DEI DELEGANTI<sup>2</sup>**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTENTICAZIONE DELLE FIRME APPOSTE SULLA DELEGA ALLA RISCOSSIONE**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_  
(cognome e nome del funzionario attestatore) (qualifica del funzionario attestatore)

nella qualità di \_\_\_\_\_

attesto che:

il/la dichiarante Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

identificata in base<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

il/la dichiarante Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

identificata in base<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

il/la dichiarante Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

identificata in base<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

hanno sottoscritto alla mia presenza la delega alla riscossione.

IL FUNZIONARIO ADDETTO (Cognome, Nome e qualifica)

<sup>1</sup> La persona del delegato deve essere la stessa che presenta l'istanza

<sup>2</sup> Le firme possono essere autenticate, previa identificazione di ciascun delegante, dal funzionario incaricato a ricevere la documentazione presso la competente sede &n'Istituto (INA o IPSEMA) o presso gli Uffici comunali.

<sup>3</sup> Estremi del documento attestante l'identità del dichiarante