

### 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.

**Per informazioni e chiarimenti si può contattare la FNOPI al numero dedicato 0646200147**