

AL DIRETTORE GENERALE
SEDE

ALLEGATO N. 1
MODULO DI RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DEL SUSSIDIO ECONOMICO PER
INTERVENTI ASSISTENZIALI A FAVORE DEL PERSONALE TECNICO-
AMMINISTRATIVO BIBLIOTECARIO

Anno 2025
(Capo VII del contratto integrativo del 27.10.2025)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a, dipendente
dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, con contratto di lavoro a tempo
....., matricola Area (funzionari, collaboratori,
operatori, EP), in servizio presso
.....

con riferimento alla domanda di concessione sussidi economici, consapevole delle sanzioni penali previste
dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,
dichiara quanto segue e allega la documentazione elencata:

A) SPESE PER PRESTAZIONI MEDICHE TRA LE QUALI (specificare la tipologia di spese
sostenute e se sostenute per se o per familiari a carico: specificare quale familiare):

- spese per prestazioni specialistiche _____

Per sè ☐

Per familiari a carico ☐

Importo

- interventi medici ambulatoriali _____

Per sè ☐

Per familiari a carico ☐

Importo

- protesi/ausili _____

Per sè ☐

Per familiari a carico ☐

Importo

- acquisto _____ macchinari _____ medici _____ ed _____ esami
diagnostici _____

Per sè ☐

Per familiari a carico ☐

Importo

- spese per cure odontoiatriche e di protesi/cure dentarie (inclusi esami di
ortopantomica) _____

Per sè ☐

Per familiari a carico ☐

Importo

- spese per prestazioni

oculistiche _____

Per sè ☐

Per familiari a carico ☐

Importo

Dichiara inoltre che:

☐ per le spese sostenute è stato ottenuto il seguente analogo contributo: _____

Di importo

B) SPESE PER L'ASSISTENZA DI FAMILIARI DISABILI

Verranno prese in considerazione le domande di contributo per assistenza al coniuge o parte dell'unione civile, ai genitori, ai figli, ai suoceri ed ai fratelli non autosufficienti.

Dichiara che

1. Il familiare in relazione al quale si chiede il contributo è:

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

2. Il suddetto familiare si trova nel seguente rapporto con il/la richiedente:

☐ parente/affine (specificare _____)

☐ coniuge (purché convivente in via stabile)

☐ persona legata da unione civile (purché convivente in via stabile)

☐ persona convivente in via stabile (risultante dallo stato di famiglia)

3. Il suddetto familiare è non autosufficiente in situazione di gravità, ai sensi della L. n. 104/1992. Dichiara inoltre che sussiste una delle seguenti situazioni:

a) familiare assistito a domicilio tramite:

☐ assistente familiare (badante) con contratto stipulato dal dipendente o intestato alla persona non autosufficiente o a un parente o affine del dipendente con compartecipazione alla spesa del dipendente avente decorrenza dalla data _____ e con scadenza in data _____

☐ servizi di assistenza domiciliare erogati da enti o cooperative con contratto stipulato dal dipendente o intestato alla persona non autosufficiente o a un parente o affine del dipendente con compartecipazione alla spesa del dipendente avente decorrenza dalla data _____ e con scadenza in data _____

b) familiare ricoverato presso Residente Sanitarie Assistenziali (RSA) (indicare denominazione e indirizzo della RSA)

☐ con contratto stipulato dal dipendente o dal coniuge o dalla persona legata da unione civile stabilmente conviventi o dalla persona stabilmente convivente (in caso di contratto stipulato dal coniuge o dalla persona legata da unione civile o dal convivente indicare cognome, nome, luogo e data di nascita dello stipulante)

☐ intestato alla persona non autosufficiente o a un parente o affine del dipendente con compartecipazione alla spesa del dipendente o del coniuge o della persona legata da unione civile stabilmente conviventi o della persona stabilmente convivente (in caso di contratto intestato a un parente o affine del dipendente indicare cognome, nome, luogo e data di nascita dell'intestatario e specificare la relazione di parentela/affinità)

avente decorrenza dalla data _____ e con scadenza in data _____

c) Fuori dalle ipotesi precedenti, specificare per quale familiare/affine e la tipologia e importo delle spese sostenute _____

Documentazione a supporto (da conservare ed esibire in caso di controllo da parte dell'Ufficio in forma originale o allegare in copia alla presente domanda):

1) Copia di fattura o ricevuta fiscale, fattura debitamente quietanzata e /o quietanza pagamento ticket, comprovante la spesa sostenuta, intestata al dipendente

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata/ conservata a supporto della domanda)

2) documentazione comprovante di avere sostenuto in modo **personale** distintamente nel corso dell'anno 2024 (**secondo il principio di cassa**) le spese in argomento: attestato di pagamento tracciabile riportante data e movimento economico intestato o attribuibile al dipendente che richiede il sussidio (es bancomat, assegno, bonifico, bollettino bancario o postale).

NB non verranno accettati oneri sostenuti e documentati da titoli intestati a conviventi o parenti o pagamenti in contanti. *(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata/conservata a supporto della domanda)*

Ulteriore Documentazione a supporto per le spese di cui alla lett.B):

☐ Copia del certificato della ASL competente attestante, per il/i familiare/i per cui si sono sostenute le spese, la connotazione di gravità dell'handicap, di cui all'art. 3, comma 3, della legge 104/1992. **Laddove già in possesso di autorizzazione ai benefici della legge 104/1992 rilasciata dall'Ateneo, è sufficiente dichiararlo.**

- ☐ Copia del contratto di assistenza stipulato tra il richiedente e:
- ☐ un operatore singolo, oppure
 - ☐ un'associazione specializzata,

da cui risulti in modo inequivoco il nominativo del disabile in favore del quale è effettuata la prestazione, che deve coincidere con il nominativo del disabile risultante dalla documentazione medica prodotta.

Nel caso di assistenza prestata da un'associazione specializzata, in luogo del contratto può essere prodotta copia della documentazione fiscale rilasciata dall'associazione (fatture o ricevute intestate al richiedente, purché riportanti tutti gli elementi previsti all'art. 21 del D.P.R.633/72 o bollettini postali da cui risulti il pagamento eseguito dal richiedente), purché dalla stessa risulti in modo inequivoco il nominativo del disabile in favore del quale la prestazione stessa è effettuata, che deve coincidere con il nominativo del disabile risultante dalla documentazione medica prodotta.

Ricevute di pagamento INPS degli oneri previdenziali e assistenziali (per le fattispecie descritte nelle lettere A e B) Documentazione attestante le spese effettivamente sostenute e riferite all'anno 2024 da parte del dipendente o dal coniuge o dalla persona legata da unione civile stabilmente conviventi o dal convivente in via stabile (nel caso di contratti intestati alla persona non autosufficiente o a un parente o affine del dipendente) Attestazione dei versamenti al titolare del contratto

☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia

☐ Copia documento valido d'identità.

Il/la sottoscritto/a dichiara che la documentazione allegata in copia è conforme agli originali, ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000.

(Elencare dettagliatamente la documentazione allegata)

EVENTUALI NOTE:

.....

.....

INFORMAZIONI RESE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016

I dati acquisiti attraverso la compilazione del presente modulo nonché tramite l'allegazione degli ulteriori documenti richiesti (es. dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia, contratto di assistenza, ricevute e fatture fiscali) saranno utilizzati – con strumenti informatici e telematici – al fine di erogare il sussidio economico riconosciuto al personale tecnico-amministrativo ai sensi dell'art. 110- comma 1- lett a) “Welfare integrativo e ulteriori disposizioni di parte economica” del CCNL 18.1.2024, a sostegno del personale tecnico-amministrativo, inserito al Capo VII del Contratto integrativo sottoscritto in data 27.10.2025.

In considerazione delle finalità perseguite con il trattamento, i dati saranno conservati dall'Università di Modena e Reggio Emilia nei termini previsti per la prescrizione ordinaria ai fini dell'adempimento di obblighi di legge facenti capo alla stessa. La base giuridica del trattamento risiede nella necessità di dare riscontro alle richieste dell'interessato che intenda avvalersi del sussidio economico riconosciutogli contrattualmente (art. 6, par. 1, lett. b del Regolamento (UE) 2016/679) nonché nella necessità di adempiere obblighi di legge ai quali è soggetto il titolare del trattamento (art. 6, par. 1, lett. c) e art 9, par. 2, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679).

Il titolare del trattamento è l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, con sede in Modena, via Università n. 4, email: urp@unimore.it. Il Titolare ha nominato, ai sensi della normativa applicabile, il proprio Responsabile per la protezione dei dati (DPO), contattabile all'indirizzo email: dpo@unimore.it.

I dati saranno trattati nel rispetto dei principi previsti dall'articolo 5 del GDPR esclusivamente dal personale e dai collaboratori debitamente autorizzati al trattamento e potranno essere comunicati alle seguenti categorie di destinatari: a) consulenti incaricati di assistere il Titolare del trattamento nell'adempimento degli obblighi di legge sul medesimo gravanti (ad es. consulenti fiscali e/o tributari); b) Pubbliche Amministrazioni richiedenti (es. Agenzia delle entrate).

Gli interessati avranno il diritto di ottenere, alle condizioni previste dalla normativa, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza dovrà essere presentata contattando il Titolare del trattamento o, in alternativa, il Responsabile per la protezione dei dati personali ai recapiti indicati nella presente informativa.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti effettuato attraverso questo servizio avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

_____, lì, _____
(luogo e data)

Firma leggibile e per esteso del dipendente

Il sottoscritto è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

_____ lì, _____
(luogo e data)

Firma leggibile e per esteso del dipendente

n.b. Tale dichiarazione può essere trasmessa anche via fax o con strumenti telematici (esclusivamente se l'invio telematico è effettuato secondo le modalità previste all'art. 65 Dec. Leg.vo 82/2005: sottoscrizione con firma digitale o trasmesse con propria casella di pec ecc.).