



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

AREA  
RISORSE UMANE

Rep. n. 387 Prot. n. 36308 del 05.03.2018

#### IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il C.C.N.L. “Comparto Università” del 16 ottobre 2008 e, in particolare, l'art. 60, comma 5, che prevede la possibilità per le Pubbliche Amministrazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità, di attivare iniziative a favore dei dipendenti, da definirsi in sede di contrattazione integrativa, come convenzioni in materia di trasporti, assistenza sanitaria, istituzioni di asilo nido e sussidi economici;

VISTO l'accordo per la creazione di un fondo per l'erogazione di sussidi al personale tecnico amministrativo siglato in data 8 luglio 2013 dall'Università degli Studi di Firenze, le Rappresentanze Sindacali Unitarie e le Organizzazioni Sindacali di Ateneo;

VISTA l'ipotesi di accordo sindacale per l'erogazione dei sussidi al personale tecnico-amministrativo, sottoscritta in data 27 febbraio 2017, certificata dal Collegio dei Revisori dei Conti con verbale n. 4 /2017;

VISTO l'accordo sindacale per l'erogazione dei sussidi al personale tecnico-amministrativo siglato dall'Università degli Studi di Firenze, dalle Rappresentanze Sindacali Unitarie e dalle Organizzazioni Sindacali di Ateneo, in data 6 aprile 2017;

VISTO il vigente “Regolamento per l'erogazione di benefici economici al personale tecnico-amministrativo” emanato con D.R. n. 356, prot. n. 67731 del 5 maggio 2017;

VISTA la comunicazione resa al tavolo sindacale del 15 febbraio 2018, con la quale sono stati confermati i criteri stabiliti nell'accordo e nel bando benefits dello scorso anno;

RITENUTO di emanare un bando per l' “Erogazione di benefici economici al personale tecnico-amministrativo – Spese sostenute nell'anno 2017”, con il quale fornire istruzioni operative per la presentazione delle domande per accedere all'erogazione di detti benefici, e nel quale riportare le parti essenziali del regolamento vigente,

DISPONE l'emanazione del seguente bando:

**“Bando per l'erogazione di benefici economici al personale tecnico-amministrativo – Spese sostenute nell'anno 2017”**

Unità di Processo “Amministrazione Personale Tecnico-Amministrativo e Collaboratori ed Esperti Linguistici”

Piazza San Marco, 4 – 50121 Firenze

+39 055 2757329 -fax +39 055 2756345 | posta certificata: personale@pec.unifi.it

P.IVA | Cod. Fis. 01279680480



### Art. 1 DESTINATARI

1. Il presente bando è destinato al personale tecnico amministrativo non dirigente dell'Università degli Studi di Firenze, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato.
2. Per il personale assunto o cessato in corso d'anno, il sussidio verrà corrisposto solo su spese sostenute durante il periodo di servizio. Analogamente, si procederà per il personale in aspettativa a qualsiasi titolo o in comando presso altre amministrazioni.
3. Il contributo è erogato tenuto conto della certificazione ISEE in corso di validità alla data di scadenza della domanda che non può superare l'importo di **€55.000,00**.

### Art. 2 CAUSALI PER LE QUALI E' PREVISTO IL RIMBORSO

1. Le causali per le quali è prevista la presentazione della domanda di sussidio sono esclusivamente le seguenti:
  - A)** Decesso del coniuge e/o o del convivente risultante dallo stato di famiglia e/o di un familiare, fino al secondo grado di parentela, del dipendente;
  - B)** Malattie del dipendente e/o dei figli e del coniuge a carico del medesimo di particolare gravità, croniche o invalidanti con necessità di assistenza e cura anche non coperte o parzialmente coperte da contribuzione socio-sanitaria nazionale, la cui attestazione sullo stato di gravità è rilasciata da struttura pubblica o equiparata;
  - C)** Spese mediche di tipo specialistico, comprese protesi di qualsiasi genere, cure dentarie, riabilitative, sostenute dal dipendente per sé e/o per i figli a carico, prestate in qualsiasi struttura sanitaria;
  - D)** Spese relative ad asili nido pubblici o privati sostenute dal dipendente per figli a carico;
  - E)** Spese sostenute per l'assistenza e la cura diretta di familiari entro il secondo grado di parentela attraverso l'impiego di personale a ciò addetto o il ricovero in strutture a ciò preposte;
  - F)** Altri eventi, motivati e documentati, non compresi nei punti precedenti che determinino situazioni di disagio economico nei dipendenti con un reddito ISEE inferiore a 20.000 euro.

### Art. 3 IMPORTI MASSIMI RIMBORSABILI

1. I limiti dei rimborsi per le suddette causali, in base alla fascia ISEE, sono riportati nella seguente tabella:

| CAUSALE | IMPORTO MASSIMO<br>EROGABILE - Lordo |   |
|---------|--------------------------------------|---|
|         | ISEE fino<br>a €36.000               | ISEE<br>superiore a<br>€36.000 e fino<br>a € 55.000 |
|         |                                      |   |



|  |             |            |
|--|-------------|------------|
| <b>A)</b> Decesso del coniuge e/o o del convivente risultante dallo stato di famiglia e/o di un familiare, fino al secondo grado di parentela, del dipendente  | <b>1100</b> | <b>550</b> |
| <b>B)</b> Malattie del dipendente e/o dei figli e del coniuge a carico del medesimo di particolare gravità, croniche o invalidanti con necessità di assistenza e cura anche non coperte o parzialmente coperte da contribuzione socio-sanitaria nazionale, la cui attestazione sullo stato di gravità è rilasciata da struttura pubblica o equiparata; | <b>1550</b> | <b>775</b> |
| <b>C)</b> Spese mediche di tipo specialistico, comprese protesi di qualsiasi genere, cure dentarie, riabilitative, sostenute dal dipendente per sé e/o per i figli a carico, prestate in qualsiasi struttura sanitaria;  | <b>1100</b> | <b>550</b> |
| <b>D)</b> Spese relative ad asili nido pubblici o privati sostenute dal dipendente e/o dal coniuge per figli a carico;   | <b>800</b>  | <b>400</b> |
| <b>E)</b> Spese sostenute per l'assistenza e la cura diretta di familiari entro il secondo grado di parentela attraverso l'impiego di personale a ciò addetto o il ricovero in strutture a ciò preposte  | <b>800</b>  | <b>400</b> |

2. Ciascun dipendente può presentare annualmente domanda di sussidio per una soltanto delle suddette tipologie anche se in possesso di titoli di spesa riferibili a più causali.

3. I dipendenti con una fascia di reddito ISEE inferiore a 20.000 euro, in aggiunta alla richiesta di sussidio per una delle fattispecie di cui alle lettere A,B,C, D ed E di cui sopra, possono richiedere il contributo anche per la fattispecie di cui alla successiva lettera F e per il contributo massimo erogabile di seguito indicato:

|   |            |
|---|------------|
| <b>F)</b> Altri eventi, motivati e documentati, non compresi nei punti precedenti che determinino situazioni di disagio economico nei dipendenti con un reddito ISEE inferiore a 20.000 euro. | <b>500</b> |
|---|------------|

4. Il contributo ricevuto per le causali di rimborso A,B,C, E ed F, concorre alla formazione del reddito imponibile di lavoro dipendente ed è quindi soggetto a tassazione, ad esclusione del rimborso relativo alle spese sanitarie sostenute nell'ambito della legge 104/92 e le spese per gli asili nido.

5. La valutazione circa l'opportunità di portare in detrazione, nella dichiarazione dei redditi dell'anno di pertinenza, le spese di cui si chiede il rimborso, è di spettanza dei singoli dipendenti. Da tener comunque presente, per le spese degli asili nido e per quelle sostenute nell'ambito della L. 104/1992, l'obbligo di dichiarare l'eventuale rimborso ottenuto come reddito a tassazione separata (Ris. Agenzia delle Entrate n. 35/E 8 marzo 2007).

#### **Art. 4 RIPARTIZIONE DEL FONDO TRA LE VARIE FATTISPECIE**



1. Lo stanziamento di bilancio è ripartito tra le varie fattispecie nel modo seguente:

**A)** Decesso del coniuge o del convivente risultante dallo stato di famiglia e/o di un familiare, fino al secondo grado di parentela, del dipendente: **5%**;

**B)** Malattie del dipendente e/o dei figli e del coniuge a carico a carico del medesimo di particolare gravità, croniche o invalidanti con necessità di assistenza e cura anche non coperte o parzialmente coperte da contribuzione socio-sanitaria nazionale, la cui attestazione sullo stato di gravità è rilasciata da struttura pubblica o equiparata **10%**;

**C)** Spese mediche di tipo specialistico, comprese protesi di qualsiasi genere, cure dentarie, riabilitative, sostenute dal dipendente per sé e/o per i figli a carico, prestate in qualsiasi struttura sanitaria: **60 %**;

**D)** Spese relative ad asili nido pubblici o privati sostenute dal dipendente per figli a carico: **10%**;

**E)** Spese sostenute per l'assistenza e la cura diretta di familiari entro il secondo grado di parentela attraverso l'impiego di personale a ciò addetto o il ricovero in strutture a ciò preposte: **10%**;

**F)** Altri eventi, motivati e documentati, non compresi nei punti precedenti che determinino situazioni di disagio economico nei dipendenti con un reddito ISEE inferiore a 20.000 euro: **5 %**.

2. Nel caso in cui, per una o più delle predette fattispecie, non pervenissero richieste di sussidio o pervenissero per una somma inferiore a quella allocata, la Commissione di cui al successivo articolo 6 procederà alla ripartizione proporzionale degli stanziamenti residui in base ai suddetti parametri percentuali.

#### **Art. 5 MODALITA' E TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

1. Per le spese effettivamente sostenute nell'anno solare 2017, ciascun dipendente che intende avvalersi del beneficio dovrà presentare domanda, **entro il 15 aprile 2018**.

2. Gli interessati, a pena di inammissibilità, dovranno presentare la domanda utilizzando il modulo appositamente predisposto e disponibile sul sito WEB di Ateneo alla pagina <http://www.unifi.it/vp-9886-benefici-economici.html#sussidi> e dovranno allegare la seguente documentazione:

- Certificazione ISEE in corso di validità alla data di scadenza della domanda
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia relativa all'anno 2017
- Attestazione sullo stato di gravità rilasciata da struttura pubblica o equiparata, (causale B);
- Documentazione fiscale relativa alle spese sostenute nell'anno 2017 per le quali si chiede il rimborso; ricevute intestate al dipendente e/o figli a carico (causali B e C) o al coniuge a carico (causale B);
- Documentazione attestante la spesa sostenuta dal dipendente per gli asili nido o per l'assistenza dei familiari;
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che le fotocopie dei titoli di



spesa allegati sono conformi agli originali, (fatture/ricevute fiscali/scontrini per l'acquisto di farmaci ecc.) con l'indicazione delle spese sanitarie sostenute nell'ambito della legge 104/92;

- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la spesa non è stata oggetto di altri sussidi o rimborsi assicurativi ed attestante, altresì, lo stato di figlio a carico o di coniuge a carico del dipendente, qualora il rimborso sia richiesto anche per spese sostenute per i figli o per il coniuge;
- Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, da compilare a cura dei figli maggiorenni a carico e/o del coniuge a carico del dipendente qualora il rimborso sia richiesto anche per le loro spese;
- Elenco spese sostenute per cui si richiede il rimborso.

3. La domanda, completa degli allegati, dovrà essere inviata **esclusivamente tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica: [domande.benefit@unifi.it](mailto:domande.benefit@unifi.it)**, riportando nell'oggetto: **Domanda Benefits 2018- Spese 2017**. La domanda, in quanto non firmata in originale, dovrà essere inviata esclusivamente dalla propria casella di posta elettronica Unifi, al fine di attestarne la provenienza. Il richiedente riceverà una mail di conferma dell'avvenuta ricezione.

4. E' richiesta la scansione in formato PDF (Adobe Acrobat) della domanda e della documentazione allegata, nonché della copia di un valido documento di riconoscimento. Il dipendente si impegna a conservare, per i tempi previsti dalla normativa fiscale, gli originali dei documenti allegati ai fini di eventuali controlli da parte della Amministrazione.

5. E' consentito **presentare una sola domanda per nucleo familiare**.

6. L'Amministrazione potrà condurre a posteriori le necessarie verifiche sulla documentazione presentata.

In caso di dichiarazioni mendaci al dipendente:

- non sarà riconosciuto il sussidio;
- nel caso sia già stato erogato il rimborso, l'importo dello stesso sarà recuperato attraverso addebito stipendiale sulle retribuzioni successive alla comunicazione di esito negativo dell'accertamento;
- sarà preclusa la possibilità di presentare la richiesta di sussidi per i successivi 2 anni con decorrenza dalla data dell'accertamento.

#### **Art. 6 VALUTAZIONE DELLE DOMANDE**

1. Le domande saranno valutate dalla Commissione di cui all'art. 3 del Regolamento.

2. La Commissione avrà i seguenti compiti:

- a) verificare la sussistenza dei requisiti di carattere generale e di quelli richiesti per ogni singola causale prevista all'art. 5 del Regolamento;
- b) richiedere, ove necessario, un'integrazione della documentazione prodotta;
- c) rigettare, con provvedimento motivato, le istanze ritenute inammissibili;
- d) valutare nel merito le istanze dichiarate ammissibili e redige l'elenco degli aventi diritto, tenuto conto dell'ISEE presentato e degli importi massimi erogabili previsti per



ogni fattispecie.

3. Nel caso in cui la somma complessiva prevista in bilancio per le spese sostenute nell'anno 2017 non sia sufficiente ad erogare il sussidio a tutte le istanze ritenute ammissibili, la Commissione, a prescindere dalla fattispecie richiesta, procederà ad applicare una riduzione all'importo da corrispondere, tenuto conto delle fasce di reddito equivalente ISEE, con inizio della decurtazione dalla fascia di € 55.000,00 fino alla fascia di € 36.000,00, come di seguito indicato:

- da € 20.001 a € 36.000, 5%;
- da € 36.001 a € 40.000, 6%;
- da € 40.001 a € 45.000, 7%;
- da € 45.001 a € 55.000, 8%.

4. Qualora, nonostante l'applicazione delle suddette percentuali, la somma disponibile dovesse risultare ancora insufficiente, si procederà ad applicare le medesime riduzioni fino alla concorrenza della somma da reperire.

5. L'erogazione dei sussidi avverrà sulla base delle graduatorie approvate con decreto del Direttore Generale, cui seguirà la comunicazione dell'esito della domanda come di seguito specificato:

- a) in caso di accoglimento dell'intero importo richiesto, con Flashnews verranno comunicati i dati del provvedimento di erogazione dei sussidi.
- b) in caso di rigetto delle domande o di accoglimento parziale (importi inferiori a quelli richiesti) con comunicazione ai singoli interessati.

A seguito di detta comunicazione, il dipendente potrà presentare reclamo ai sensi dell'art. 49 del vigente Statuto dell'Università degli Studi di Firenze.

#### **Art. 7 UNITÀ ORGANIZZATIVA COMPETENTE E RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

1. A tutti gli effetti del presente bando è individuata, quale Unità Organizzativa competente, l'Area Risorse Umane, Unità di Processo Amministrazione del Personale TA e CEL - sita in Piazza San Marco , 4 – 50121 FIRENZE.

2. Il Responsabile del Procedimento è la dott.ssa Patrizia Ranaldi.

#### **Art. 8 PUBBLICAZIONE BANDO**

1. Il presente decreto verrà pubblicato sull'Albo Ufficiale di Ateneo all'indirizzo web <http://www.unifi.it/albo-ufficiale.html> ed inserito nel sito web dell'ateneo all'indirizzo <http://www.unifi.it/vp-9886-benefici-economici.html#sussidi>

2. Tutte le informazioni, le modifiche e le integrazioni relative al presente verranno pubblicate nelle medesime pagine web dell'Ateneo.

F.to Il Direttore Generale  
(Dott.ssa Beatrice Sassi)



**DOMANDA DI SUSSIDIO PER L'EROGAZIONE DI BENEFICI  
ECONOMICI AL PERSONALE TECNICO AMMINISTRATIVO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
per spese sostenute nell'anno 2017

**CHIEDE**

l'erogazione del sussidio per il seguente motivo:

- (Art. 5 lett. a) del Regolamento - **DECESSO DEL CONIUGE E/O O DEL CONVIVENTE RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA E/O DI UN FAMILIARE, FINO AL SECONDO GRADO DI PARENTELA, DEL DIPENDENTE** (Indicare cognome e nome del coniuge e/o convivente o del familiare e relazione di parentela):  
\_\_\_\_\_
- (Art. 5 lett. b) del Regolamento - **MALATTIE DEL DIPENDENTE E/O DEI FIGLI E DEL CONIUGE A CARICO DEL MEDESIMO DI PARTICOLARE GRAVITÀ, CRONICHE O INVALIDANTI CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA E CURA ANCHE NON COPERTE O PARZIALMENTE COPERTE DA CONTRIBUZIONE SOCIO-SANITARIA NAZIONALE, LA CUI ATTESTAZIONE SULLO STATO DI GRAVITÀ È RILASCIATA DA STRUTTURA PUBBLICA O EQUIPARATA** (Nel caso il rimborso sia chiesto per il/ i figlio/i e/o il coniuge a carico indicare di seguito cognome e nome):  
\_\_\_\_\_
- (Art. 5 lett. c) del Regolamento - **SPESE MEDICHE DI TIPO SPECIALISTICO, COMPRESSE PROTESI DI QUALSIASI GENERE, CURE DENTARIE, RIABILITATIVE, SOSTENUTE DAL DIPENDENTE PER SÉ E/O PER I FIGLI A CARICO, PRESTATE IN QUALSIASI STRUTTURA SANITARIA** (Nel caso il rimborso sia chiesto per il/ i figlio/i a carico indicare di seguito cognome e nome):  
\_\_\_\_\_
- (Art. 5 lett. d) del Regolamento - **SPESE RELATIVE AD ASILI NIDO PUBBLICI O PRIVATI SOSTENUTE DAL DIPENDENTE E/O DAL CONIUGE PER FIGLI A CARICO** (Indicare cognome e nome del figlio, il nome dell'asilo, la sede e se si tratta di struttura pubblica o privata):  
\_\_\_\_\_
- (Art. 5 lett. e) del Regolamento: **SPESE SOSTENUTE PER L'ASSISTENZA E LA CURA DIRETTA DI FAMILIARI ENTRO IL SECONDO GRADO DI PARENTELA ATTRAVERSO L'IMPIEGO DI PERSONALE A CIÒ ADDETTO O IL RICOVERO IN STRUTTURE A CIÒ PREPOSTE:**
  - Indicare cognome, nome del familiare e relazione di parentela: \_\_\_\_\_
  - Indicare: cognome e nome del personale addetto alla cura o la denominazione della struttura dove è stato ricoverato il familiare: \_\_\_\_\_



### INOLTRE CHIEDE

in aggiunta alla causale di cui alla lett. \_\_\_\_\_ dell'art. 5 del Regolamento<sup>(1)</sup>

- (Art. 5 lett. f) del Regolamento: **ALTRI EVENTI, MOTIVATI E DOCUMENTATI, NON COMPRESI NEI PUNTI PRECEDENTI CHE DETERMININO SITUAZIONI DI DISAGIO ECONOMICO NEI DIPENDENTI CON UN REDDITO ISEE INFERIORE A 20.000 EURO.**

Specificare gli eventi non dipendenti dalla volontà del richiedente che hanno determinato ulteriori spese e quindi situazioni di disagio economico:

---

---

---

---

#### A tal fine, il sottoscritto dichiara:

- di aver prestato servizio per l'intero anno solare 2017
- di aver prestato servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- che per il proprio nucleo familiare è stata presentata una sola domanda.

#### Si allega la seguente documentazione:

- Certificazione ISEE in corso di validità alla data di scadenza della domanda;
- Attestazione sullo stato di gravità rilasciata da struttura pubblica o equiparata (Causale B);
- Copia della documentazione fiscale relativa alle spese sostenute nell'anno 2017 per le quali si chiede il rimborso.<sup>(2)</sup>;
- Copia delle ricevute di spesa intestate al dipendente e sostenute per gli asili nido;
- Copia delle ricevute di spesa intestate al dipendente e sostenute per l'assistenza dei familiari;
- Mod. A- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che le fotocopie dei titoli di spesa allegati sono conformi agli originali, (fatture/ricevute fiscali/scontrini ecc) con l'indicazione delle spese sanitarie sostenute nell'ambito della legge 5/2/1992, n. 104;
- Mod. B - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante che la spesa non è stata oggetto di altri sussidi o rimborsi assicurativi ed attestante, altresì, lo stato di figlio a carico o di coniuge a carico del dipendente, qualora il rimborso sia richiesto anche per spese sostenute per i figli o per il coniuge ;
- Mod C - Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante lo stato di famiglia nell'anno 2017;
- Mod D - Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, da compilare a cura dei figli maggiorenni a carico e/o del coniuge a carico del dipendente qualora il rimborso sia richiesto anche per le loro spese.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- \_\_\_\_\_ è  
soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora

(1) Se richiesta anche altra causale di spesa, indicarne la fattispecie ( A - B - C - D o E dell'art. 5 del Regolamento)

(2) (Le ricevute devono essere intestate al dipendente ad eccezione delle causali B e C , qualora la spesa sia stata sostenuta per i figli o/e per il coniuge a carico



rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);

- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);
- nel caso sia già stato erogato il rimborso, l'importo dello stesso sarà recuperato attraverso addebito stipendiale sulle retribuzioni successive alla comunicazione di esito negativo dell'accertamento;
- sarà preclusa l'erogazione del beneficio per i successivi 2 anni.

Data \_\_\_\_\_

Firma

---



**Mod. A**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**

(art. 47 D.P.R.. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, ai sensi degli artt. 18, 19, 46, 38 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,  
sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- **che le fotocopie relative ai titoli di spesa indicati nell'allegato E, sono conformi agli originali:**
- che le suddette ricevute, indicate al n. \_\_\_\_\_<sup>(1)</sup> riguardano spese mediche per minorazioni di cui all'art. 3 della L. 5/2/1992, n. 104<sup>(2)</sup>

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (articolo 76 del D.P.R. 445/2000);
- decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall'Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

Il/La sottoscritto/a allega fotocopia di documento di identità in corso di validità.<sup>(3)</sup>

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma)

(1) Indicare il numero (es. 1-2-3 ecc.) corrispondente alla ricevuta relativa alla L.104/92.

(2) Compilare solo per spese mediche relative alle patologie per le quali l'interessato beneficia delle agevolazioni previste dalla L. 104/92.



**Mod. B**

**DICHIARAZIONE**

**(ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000)**

Con riferimento all'istanza presentata in data \_\_\_\_\_, volta ad ottenere un sussidio per la causale \_\_\_\_\_, **pari ad un importo di €\_\_\_\_\_**, come previsto dall'apposito regolamento di Ateneo, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che le spese sostenute e documentate per le quali il sussidio stesso viene richiesto, non sono state, né saranno rimborsate, da altri Enti o Assicurazioni,
- che il/i figli \_\_\_\_\_, sono fiscalmente a carico del sottoscritto <sup>(1)</sup>
- che il coniuge è fiscalmente a carico del sottoscritto <sup>(2)</sup>;
- che i seguenti titoli di spesa (fatture/ricevute fiscali/scontrini per l'acquisto di medicinali) riguardano spese sanitarie sostenute per i soggetti indicati nell'art. 3 della L. 5/2/1992, n. 104 <sup>(3)</sup>
  - n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;
  - n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

(1) Compilare solo se il rimborso è richiesto anche per spese sostenute per i figli

(2) Compilare solo se il rimborso è richiesto per gravi patologie del coniuge (fattispecie B);

(3) Compilare solo per spese mediche relative alle patologie per le quali l'interessato beneficia delle agevolazioni previste dalla L. 104/92



Mod. C

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA**  
**(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità,

**DICHIARA**

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000:

che la propria famiglia, abitante in \_\_\_\_\_, ( \_\_\_\_\_ )  
(luogo) ( provincia)

nell'anno 2017 era così composta:

1. Il dichiarante

2. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome) (nato a) (il)

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
FIRENZE

**Mod. D**

**DA COMPILARE A CURA DEI FIGLI MAGGIORENNI A CARICO E/O DEL CONIUGE A CARICO**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili <sup>(4)</sup>**

**D. Lgs 196/2003 - Art. 23**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_

autorizza, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo 196/2003, l'Università degli Studi di Firenze al trattamento dei propri dati ai fini dell'erogazione dei benefici economici al proprio genitore o coniuge.

\_\_\_\_\_  
( luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

Allega: copia del documento d'identità

<sup>(4)</sup> Da compilare a cura del figlio maggiorenne a carico e/o del coniuge a carico in caso di richiesta di rimborso spese agli stessi riferite.



**Mod. E**

Elenco spese di cui si richiede il rimborso

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1  |  |  |
| 2  |  |  |
| 3  |  |  |
| 4  |  |  |
| 5  |  |  |
| 6  |  |  |
| 7  |  |  |
| 8  |  |  |
| 9  |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |