ALLEGATO A

MODULO DI RICHIESTA DELLA PRESTAZIONE SOSTEGNO STUDIO

Da inviare al Fondo Sanedil all'indirizzo di posta elettronica sostegnostudio@fondosanedil.it

DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/_____

Indirizzo di residenza _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Telefono _____ e-mail _____

In qualità di ☐ Genitore superstite ☐ Tutore legale ☐ Beneficiario maggiorenne

DATI DEL LAVORATORE DECEDUTO

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Impresa / Cantiere _____

Data del decesso ____/____/_____ Causa del decesso (infortunio sul lavoro): ☐ sì ☐ no

DATI DEL BENEFICIARIO

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/_____

Grado di parentela con il lavoratore ☐ Figlio naturale ☐ Figlio adottivo ☐ Altro

_____

Attualmente iscritto a

☐ Scuola secondaria di secondo grado ☐ Istituto tecnico ☐ Università ☐ Altro

_____

Denominazione dell'Istituto/Università _____

Anno di iscrizione _____/_____

Corso frequentato _____

COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO

IBAN _____

Intestato a _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Documento di identità del richiedente e del beneficiario
- ☐ Stato di famiglia (storico) attestante il rapporto di parentela con il lavoratore deceduto
- ☐ Certificato di morte del lavoratore
- ☐ Provvedimento definitivo rilasciato dall' INAIL relativo all'infortunio mortale
- ☐ Certificazione scolastica/universitaria attestante l'iscrizione all'anno in Corso
- ☐ Estratto esami sostenuti (per studenti universitari)
- ☐ Attestazione di frequenza rilasciato dalla scuola secondaria di secondo grado

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente modulo dichiara sotto la propria responsabilità che le informazioni fornite sono veritiere e che la documentazione allegata è conforme agli originali. Autorizza inoltre il Fondo Sanedil al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR.

Luogo e Data

_____

Firma del richiedente

_____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che le somme erogate dal Fondo Sanedil a titolo di prestazione sostegno studio possono incidere sulla propria posizione fiscale, reddituale o assistenziale, nonché su eventuali benefici o agevolazioni riconosciuti da enti pubblici o privati. Ogni conseguenza derivante dalla percezione della prestazione, sotto il profilo fiscale, contributivo o amministrativo, resta esclusivamente a carico del beneficiario, con espressa esclusione di qualsiasi responsabilità del Fondo Sanedil.

Luogo e Data

_____

Firma del richiedente

_____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata