

2. DATI ANAGRAFICI TITOLARE POTESTA' GENITORIALE O TUTORE

(da compilare solo in caso di decesso del dipendente)

cognome

nome

nato/a prov.

il stato civile

C.F.

residente a prov.

via/piazza

nr. c.a.p.

Cellulare Tel. abit.

Tel.uff.

e-mail

COORDINATE BANCARIE

conto corrente bancario/postale del dichiarante, titolare della potestà genitoriale

presso l'istituto di credito

I.B.A.N.:

3. DATI ANAGRAFICI DEL MINORE

cognome

nome

nato/a prov.

il stato civile

residente a prov.

via/piazza

nr. c.a.p.

BENEFICI FRUITI*

- invalidi civili
- ciechi civili, sordomuti
- indennità di accompagnamento
- indennità mensile di frequenza
- Legge 104/92 art. 3 comma 1
- Legge 104/92 art. 3 comma 3 (condizione di gravità)
- altro (indicare) _____

Consapevole delle conseguenze penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci in ossequio all'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445.

Data,

Firma

FONDO DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELLA POLIZIA DI STATO

ENTE DI DIRITTO PUBBLICO
(Legge 12/11/1964, n.1279 - D.P.R. 29/10/2010, n. 244)

PIANO " MARCO VALERIO " - ANNO 2021 NUCLEO FAMILIARE *

Il sottoscritto

cognome

nome

consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazione mendace (ex art. 76, DPR 28.12.2000, N.445),
DICHIARA che il reddito complessivo annuo lordo del proprio nucleo familiare riferito all'anno **2020**.

è di € , e che lo stesso è composto da:
(riempire i campi vuoti con lo zero)

Coniuge/Convivente

Cognome

Nome

luogo e data di nascita

attività lavorativa/professione

Figlio/a – Orfano/a

Cognome

Nome

luogo e data di nascita

attività lavorativa/professione

Figlio/a – Orfano/a

Cognome

Nome

luogo e data di nascita

attività lavorativa/professione

Figlio/a – Orfano/a

Cognome

Nome

luogo e data di nascita

attività lavorativa/professione

* il modulo deve essere compilato dal dipendente, in servizio o in quiescenza, dal titolare della potestà genitoriale o tutore.

Data,

Firma

PIANO " MARCO VALERIO" - ANNO 2021

SCHEDA RISERVATA AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL MINORE _____

5. Terapia (medica, riabilitativa) in atto e frequenza: _____

6. Livello di autonomia, in rapporto all'età, nello svolgimento delle attività quotidiane:

(contrassegnare con una **X** la voce di interesse e compilare i campi previsti)

completamente autonomo _____

non autonomo nelle seguenti attività: _____

completamente non autonomo _____

6.1. Eventuali osservazioni (compreso utilizzo di ausili): _____

Luogo e data di rilascio _____

Il medico

(timbro e firma leggibili)

