

Nome e cognome del lavoratore deceduto.....

## DOMANDA DI CONTRIBUTO PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI

Ai sensi della  
Legge Regionale 27 ottobre 2008, n. 57 e ss.mm.ii  
"Istituzione del Fondo di Solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro"  
(pubblicato sul BURT 5 novembre 2008, n.36)  
e del Regolamento attuativo approvato con DPGR 19 febbraio 2009, n.5/R  
(pubblicato sul BURT 25 febbraio 2009, n.4)

Data .....



Al Direttore Generale

Azienda USL Toscana.....

VIA.....N.....

CAP.....CITTÀ.....

### NOTA PER L'UFFICIO RICEVENTE DELLA AZIENDA USL:

TRASMETTERE **IMMEDIATAMENTE** al Direttore del Dipartimento di Prevenzione della propria Azienda USL

TRASMETTERE **IMMEDIATAMENTE VIA PEC A REGIONE TOSCANA** [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it)

### TRASMISSIONE A MEZZO RACCOMANDATA A.R. O PEC

IL SOTTOSCRITTO .....

Nato a ..... Prov..... in data.....

Codice Fiscale

Residente in..... .C.A.P..... Prov.....

Via/piazza..... n.....

Domiciliato in<sup>1</sup> ..... .C.A.P..... Prov.....

Via/piazza..... n.....

Tel..... Tel. cellulare.....

E-mail: .....

**Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)**

### CHIEDE la concessione del contributo previsto dalla LR 57/08<sup>2</sup> E DICHIARA

sotto la propria responsabilità, il proprio status di beneficiario ai sensi dell'art. 3 della LR 57/08 trovandosi nella seguente condizione rispetto al defunto:

- Coniuge con o senza figli (lo status di "coniuge" è considerato tale fino alla sentenza di divorzio) oppure Convivente more uxorio con o senza figli risultante nello stesso stato di famiglia del lavoratore deceduto
- Un figlio o più figli in assenza di coniuge o convivente
- Ascendente (in assenza dei precedenti beneficiari, indicare se padre/madre o altro) .....
- Fratello o sorella (in assenza dei precedenti beneficiari)

**ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE QUANTO SOPRA ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00).**

<sup>1</sup> Compilare solo ove diverso dalla residenza

<sup>2</sup> Il contributo è ripartito dalla Regione in quote uguali tra gli aventi diritto

DICHIARA

Che il Sig./la Sig.ra.....

Nato/a a..... In data .....

Lavoratore:  autonomo  dipendente della Società .....

è deceduto/a in occasione di lavoro sul luogo di lavoro in Regione Toscana:

Comune ..... Provincia..... Località.....

In data.....

(si ricorda che la domanda deve essere presentata entro 180 gg dalla data del decesso)

DICHIARA INOLTRE
AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445

A)  che non vi sono altri beneficiari e che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- 20.000,00 (coniuge o in assenza convivente, senza figli)
 20.000,00 (altri beneficiari in assenza di coniuge o convivente e di figli)3
 22.000,00 (un figlio in assenza di coniuge o convivente)4

ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE QUANTO SOPRA ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00).

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

Istituto di Credito.....

C/C ..... IBAN.....

SWIFT5.....

B)  che vi sono i seguenti altri beneficiari figli MINORENNI del familiare deceduto dei quali il richiedente è genitore esercente la responsabilità genitoriale/ tutore legale ai sensi della legge italiana e quindi legittimato in base all'articolo 4, comma 2 della LR 57/08, a percepire l'intero ammontare del contributo:

ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE QUANTO SOPRA ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00).

In caso di tutore indicare6:

Nome e cognome tutore: .....

Codice Fiscale Tutore [ ]

Luogo e Data di nascita Tutore.....

Indirizzo residenza Tutore.....

Indirizzo domicilio Tutore.....

Numero e data Decreto nomina tutore:.....

Tribunale che lo ha emanato:.....

3In presenza di più beneficiari andare direttamente al punto C, pagina 3
4 Nel caso in cui il figlio sia minorenni e vi sia un tutore la domanda deve essere presentata dal tutore compilando anche il punto B
5 Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.
6Si ricorda di allegare una copia di un documento di identità in corso di validità del tutore.

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

Codice Fiscale

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

Codice Fiscale

Nome e Cognome.....

Luogo e Data di nascita.....

Codice Fiscale

e che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- 22.000,00 (coniuge o in assenza convivente, un figlio)
- 23.500,00 (coniuge o in assenza convivente, due figli)
- 25.000,00 (coniuge o in assenza convivente, tre o più figli)
- 22.000,00 (un figlio in assenza di coniuge o convivente)
- 23.500,00 (due figli in assenza di coniuge o convivente)
- 25.000,00 (tre o più figli in assenza di coniuge o convivente)

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

Istituto di Credito.....

C/C ..... IBAN.....

SWIFT<sup>7</sup>.....

**B1)**  **NASCITURO.** che il lavoratore aspettava un figlio già concepito al momento del decesso. Si presume figlio concepito dal de cuius il bambino la cui nascita avvenga entro 300 giorni dalla morte dello stesso (art. 462, comma 2 C.C.):

**Data presunta del parto**.....

Il richiedente provvederà ad integrare la domanda dopo la nascita fornendo i dati del nascituro e prova di paternità.

**C)**  che vi sono i seguenti altri beneficiari **MAGGIORENNI** oltre al soggetto che presenta la domanda da cui il richiedente ha ricevuto delega alla presentazione dell'istanza<sup>8</sup>.

**ALLEGA A TAL FINE LA DOCUMENTAZIONE UFFICIALE ATTESTANTE LA RELAZIONE DI PARENTELA ove non certificabile o attestabile da parte di soggetti pubblici italiani (art.3 comma 2 DPR 445/00).**

Nome.....

Cognome.....

Nato a ..... in data .....

Indirizzo residenza.....

Indirizzo domicilio .....

Codice Fiscale

Rapporto con il familiare deceduto.....

**Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):**

<sup>7</sup> Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

<sup>8</sup> La delega va allegata e deve essere firmata dal delegante e corredata di copia di valido documento di identità dello stesso. Nel caso di figli minori del defunto dei quali il richiedente non è genitore o non eserciti la responsabilità genitoriale occorre allegare delega alla presentazione dell'istanza a firma del tutore o dell'esercente la potestà genitoriale nei confronti del minore con l'indicazione delle coordinate bancarie su cui liquidare la quota parte di contributo spettante ai minori, allegando oltre alla copia del proprio documento di identità, nel caso di tutore, anche gli estremi dell'atto con il quale è stato designato il tutore stesso.

Istituto di Credito.....  
C/C.....IBAN.....  
SWIFT.....  
Nome.....  
Cognome.....  
Nato a ..... in data .....  
Indirizzo residenza.....  
Indirizzo domicilio .....

Codice Fiscale

Rapporto con il familiare deceduto.....  
Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):  
Istituto di Credito.....  
C/C.....IBAN.....  
SWIFT.....  
Nome.....  
Cognome.....  
Nato a ..... in data .....  
Indirizzo residenza.....  
Indirizzo domicilio .....

Codice Fiscale

Rapporto con il familiare deceduto.....  
Coordinate bancarie (si dichiara che trattasi di un c/c del quale il beneficiario indicato è intestatario o cointestatario):  
Istituto di Credito.....  
C/C.....IBAN.....  
SWIFT.....

Dichiara inoltre che si trova nella seguente situazione di cui all'art. 4 della LR 57/08:

- 20.000,00 (altri beneficiari in assenza di coniuge o convivente e di figli)
- 22.000,00 (coniuge o in assenza convivente, un figlio)
- 23.500,00 (coniuge o in assenza convivente, due figli)
- 23.500,00 (due figli in assenza di coniuge o convivente)
- 25.000,00 (coniuge o in assenza convivente, tre o più figli)
- 25.000,00 (tre o più figli in assenza di coniuge o convivente)

comunica le seguenti proprie coordinate bancarie ai fini dell'erogazione del contributo dichiarando che trattasi di un c/c del quale il richiedente è intestatario o cointestatario:

Istituto di Credito.....  
C/C ..... IBAN.....  
SWIFT<sup>9</sup>.....

<sup>9</sup> Il codice SWIFT deve essere riportato solo nel caso in cui trattasi di persone residenti all'estero.

**D)**  che vi sono i seguenti **ALTRI BENEFICIARI** oltre al soggetto dichiarante che presenteranno istanza autonoma e con i quali va ripartito il contributo in quote parti uguali e dei quali si riportano le informazioni utili ai fini dell'erogazione:

Nome:.....Cognome .....  
Legame di parentela con il defunto:.....

Nome:.....Cognome .....  
Legame di parentela con il defunto:.....

#### ALLEGA

- copia valida del proprio documento di identità
- nel caso in cui vi siano più beneficiari, ed un'unica domanda, apposite deleghe alla presentazione dell'istanza corredate da copia dei documenti di identità dei deleganti
- nel caso di figli minori del familiare deceduto dei quali il richiedente non è genitore o nei confronti dei quali non eserciti la potestà genitoriale occorre allegare delega alla presentazione dell'istanza a firma del tutore con l'indicazione delle coordinate bancarie su cui liquidare la quota parte di contributo spettante ai minori, allegando copia del proprio documento di identità e dichiarando, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000, gli estremi del Decreto del Tribunale con il quale è stato nominato il tutore stesso (riportando la data, il numero dell'atto ed i riferimenti del Tribunale che lo ha emesso)

Data..... Firma (leggibile) .....

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 la firma in calce non è soggetta ad autenticazione se è allegata la fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a rispondere penalmente di dichiarazioni mendaci**

Ai sensi dell'art. 38, comma 3 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 la firma in calce non è soggetta ad autenticazione se è allegata la fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a rispondere penalmente di dichiarazioni mendaci**

\* \* \*

#### **Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”**

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine di accedere al Contributo relativo al Fondo di Solidarietà per le famiglie delle vittime di incidenti mortali sul luogo di lavoro ai sensi della legge 57/08, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che titolari del trattamento sono:

1. Regione Toscana- Giunta regionale (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze; [regionetoscana@postacert.toscana.it](mailto:regionetoscana@postacert.toscana.it))
2. L'azienda USL nel cui ambito territoriale si è verificato l'infortunio mortale.
3. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude il diritto di accesso al fondo. I dati raccolti saranno comunicati da Asl a Regione Toscana per la verifica dei requisiti e per l'erogazione del fondo e non saranno comunicati ad altri se non per gli obblighi di legge. Tali dati non saranno oggetto di diffusione.
4. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Settore Salute e Sicurezza Luoghi di lavoro e processi speciali in ambito di prevenzione) per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste ai Responsabili della protezione dei dati ...
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).

Data..... Firma.....