



Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali

DIPARTIMENTO DELLE POLITICHE COMPETITIVE, DELLA QUALITA' AGROALIMENTARE,
IPPICHE E DELLA PESCA
DIREZIONE GENERALE DEGLI AFFARI GENERALI DELLE RISORSE UMANE
E PER I RAPPORTI CON LE REGIONI E GLI ENTI TERRITORIALI
AGRET III

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

C.F. _____ (Area _____ Fascia Economica _____), in servizio presso _____ tel. _____ consapevole delle conseguenze anche penali previste dagli artt. 46 e 47 del D.p.r n. 445 del 28 dicembre 2000 per chi attesta il falso;

CHIEDE

Per il periodo di riferimento dal 1 novembre 2017 al 31 ottobre 2018, la concessione di un sussidio, ai sensi del DM n.9/03/2010 e successive modificazioni, per le seguenti motivazioni (barrare la voce interessata):

- Malattia propria o dei familiari a carico le cui prestazioni mediche non sono fornite dal SSN o non sono state rimborsate da assicurazioni private;
- Sostegno per condizioni di particolare disagio economico;
- Decesso (del coniuge, dei parenti entro il secondo grado);
- Evento calamitoso fortuito (incendio, furto, alluvione o terremoto ecc.);

Al riguardo, si allega la seguente documentazione:

- Certificato ISEE in corso di validità (art.4 regolamento del 7 luglio 2017);
- Descrizione del caso;
- Descrizione delle condizioni familiari;
- Autocertificazione in relazione al punto 1 (mancato rimborso da assicurazione privata)
- Documentazione a supporto di quanto dichiarato (no scontrini farmacia inferiori a Euro 20).

| CODICE IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a: _____

Luogo e data

Firma