

FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE  
DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Via Luigi Ziliotto, 31 - 00143 Roma

CIRCOLARE n. 1/2013

Data Protocollo **04/02/2013**

Numero Protocollo **2013/0006097**

**Oggetto: Criteri di erogazione per l'indennità aggiuntiva al TFR ed anticipazioni, per le sovvenzioni ed altre prestazioni assistenziali, per il quinquennio 2011-2015 ANNO 2013.**

INDICE

<i>PREMESSA</i> .....	2
<i>1. INDENNITA' AGGIUNTIVA AL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO</i> .....	3
<i>2. ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITA' AGGIUNTIVA AL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO</i> .....	5
<i>3. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI ED ALTRE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI</i> .....	6
<i>3.1. Criteri per l'erogazione delle sovvenzioni per malattie e spese sanitarie</i> .....	10
<i>3.2. Tabelle delle malattie</i> .....	11
<i>3.3. Criteri per l'erogazione delle sovvenzioni per handicap</i> .....	12
<i>3.4. Criteri per l'erogazione della sovvenzione annua per invalidità dei familiari dell'iscritto fiscalmente a carico</i> .....	12
<i>3.5. Criteri per l'erogazione delle sovvenzioni per decesso</i> .....	13
<i>4. TEMPI DI LIQUIDAZIONE DELLE PRATICHE, RIESAME E PAGAMENTI</i> .....	13
<i>5. TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E INFORMAZIONI</i> .....	14
<i>MODULISTICA</i> .....	15

## ***PREMESSA***

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo di previdenza per il personale del Ministero della Economia e delle Finanze nelle sedute dell'11 gennaio e del 25 gennaio 2013, ha approvato i criteri per l'erogazione dell'indennità aggiuntiva e delle anticipazioni al trattamento di fine rapporto, delle sovvenzioni, dei contributi e delle altre prestazioni assistenziali per l'**anno 2013 - quinquennio 2011-2015**. Tali criteri sono contenuti nella presente circolare insieme alle istruzioni per la richiesta delle prestazioni erogate.

La circolare fornisce agli iscritti un quadro di riepilogo allo scopo di semplificare gli adempimenti previsti per l'ottenimento delle erogazioni ed agevolare la richiesta delle stesse.

### **I nuovi criteri si applicano a tutte le istanze spedite o consegnate dal 1° gennaio 2013.**

A tal fine, fa fede la data di spedizione della raccomandata, la data del protocollo dell'ufficio di appartenenza dell'iscritto, ovvero, per le istanze spedite per posta semplice o presentate direttamente al Fondo, la data del protocollo di arrivo.

Non si dà luogo a revisione delle pratiche relative a prestazioni erogate con precedenti criteri, anche per quanto attiene il limite massimo di erogazione per iscritto previsto per il quinquennio.

La presente circolare annulla e sostituisce ogni disposizione precedentemente emanata.

Il Fondo di previdenza per il personale del Ministero dell'Economia e delle Finanze (già Fondo di previdenza per il personale del Ministero delle Finanze) è stato istituito con D.P.R. 17 marzo 1981, n. 211 (in G.U. 16 maggio 1981, n. 133) e disciplinato con D.P.R. 21 dicembre 1984, n. 1034 (in G.U. 18 febbraio 1985, n. 42), di seguito 'Regolamento', e corrisponde:

1. un'indennità agli iscritti al Fondo, quando cessano di far parte per qualsiasi causa dei ruoli del personale dell'amministrazione o agli aventi diritto indicati nell'art. 8 del Regolamento, se gli iscritti sono deceduti durante il servizio;
2. agli iscritti che ne facciano domanda, nei casi di documentato fabbisogno finanziario, un'anticipazione sull'indennità aggiuntiva al trattamento di fine rapporto, in relazione all'anzianità di servizio utile ai fini del riconoscimento del diritto all'indennità di fine rapporto, nei limiti delle somme disponibili (art. 5 lett. b - del Regolamento del Fondo);
3. sovvenzioni, contributi ed altre prestazioni assistenziali nelle misure stabilite annualmente dal Consiglio di Amministrazione (art. 11 del Regolamento).

## ***1. INDENNITA' AGGIUNTIVA AL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO***

Tale indennità, la cui misura è unica e prescinde dalla qualifica e dalla retribuzione, è determinata dal Consiglio di Amministrazione secondo i criteri previsti dal Regolamento (art. 10 D.P.R. 1034/1984) ed è corrisposta, in relazione al numero degli anni di servizio civile, di ruolo e non di ruolo, prestato dalla data di effettiva immissione in servizio alla data di effettiva cessazione di appartenenza al personale del già Ministero delle Finanze e delle Agenzie fiscali, ivi compresi i periodi di assenza utili ai fini della pensione, valutando per intero la frazione di anno superiore a sei mesi e trascurando il periodo inferiore o uguale a sei mesi.

Al personale già appartenente alla ex-Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (ora Agenzia delle Dogane e dei Monopoli) l'indennità aggiuntiva al trattamento di fine rapporto viene corrisposta a decorrere dal 1° maggio 1994, data dalla quale è stato finanziato il preesistente Fondo di Previdenza dei Monopoli (L. 29 gennaio 1986, n. 25), mai attivato e poi assorbito da questo Fondo.

Al personale dell'ex Ministero del Tesoro l'indennità aggiuntiva al trattamento di fine rapporto viene corrisposta a decorrere dal 1° gennaio 2010 secondo quanto stabilito dall'art. 9, comma 33, del D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122.

Il Regolamento prevede, per tutti gli uffici che amministrano il personale iscritto, l'obbligo di comunicare alla Segreteria del Fondo, entro trenta giorni, i nominativi dei cessati dal servizio, per qualsiasi causa, e quelli degli aventi diritto, nonché il numero di anni maturati utili ai fini della liquidazione dell'indennità.

Al riguardo, si allega il facsimile della scheda dei servizi (*Mod. A*) che dovrà essere utilizzata dagli Uffici per l'invio dei dati necessari allegando, possibilmente, lo stato matricolare anche se non aggiornato.

Note per la compilazione sono fornite con l'allegato *Mod. A*.

Per accelerare le operazioni di liquidazione dell'indennità aggiuntiva, considerata la recente normativa sui tempi di erogazione del TFR principale, onde permettere al Fondo la determinazione dell'aliquota fiscale da applicare, gli iscritti potranno trasmettere il cedolino stipendiale relativo all'ultima mensilità percepita.

**Entro centoventi giorni** dall'acquisizione di tutti gli elementi necessari per la liquidazione, l'indennità verrà corrisposta all'iscritto in misura intera se la quota dell'anno di cessazione è stata già stabilita dal Consiglio, diversamente verrà corrisposto un acconto pari all'80% dell'indennità

prevista per l'anno precedente la cessazione e sarà erogato il saldo dopo la determinazione della quota dell'anno di riferimento ed, in ogni caso, entro i termini di approvazione del rendiconto (30 aprile dell'anno successivo).

L'importo dell'indennità è liquidato detraendo l'eventuale anticipazione erogata, maggiorata degli interessi legali, calcolati a partire dall'anno dell'anticipazione fino alla data della cessazione dal servizio, tenendo conto dei tassi di interesse in vigore per ciascun periodo.

Gli iscritti che abbiano già percepito l'indennità da uno o più fondi unificati con il citato D.P.R. 17 marzo 1981, n. 211 possono chiedere, con domanda da presentarsi a pena di decadenza **entro la data di cessazione dal servizio (Mod. B)**, la valutazione per intero del periodo civile prestato nel già Ministero delle Finanze. In tal caso dalla complessiva indennità aggiuntiva al trattamento di fine rapporto sarà detratta quella già corrisposta dai predetti fondi, maggiorata degli interessi legali.

**In caso di decesso dell'iscritto in attività di servizio l'indennità verrà corrisposta secondo quanto stabilito dall'art. 8 del Regolamento<sup>1</sup> e dal successivo art. 9<sup>2</sup>.** Quando l'indennità è dovuta ai soggetti indicati nell'art. 8 del Regolamento, gli stessi devono produrre una dichiarazione sostitutiva resa e sottoscritta a norma degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, da cui risultino i dati anagrafici, il codice fiscale, il vincolo di parentela con l'iscritto deceduto e l'attestazione che non esistono altri aventi diritto. Nei casi in cui l'indennità spetti al coniuge e/o ai figli la stessa sarà determinata in 40 annualità.

---

<sup>1</sup>L'art. 8 del Regolamento prevede che in caso di morte dell'iscritto, avvenuta in attività di servizio, il diritto all'indennità sorge al momento del decesso e spetta, **in ordine di precedenza**:

- a) al **coniuge** superstite, quando non vi sia sentenza passata in giudicato di separazione personale addebitata al coniuge superstite medesimo o ad entrambi i coniugi. Qualora l'iscritto deceduto abbia lasciato, oltre al coniuge, figli legittimi (anche se nati da precedenti matrimoni), legittimati, naturali riconosciuti, adottivi, purché a suo carico al momento del decesso, o permanentemente inabili al lavoro, l'indennità si divide in parti uguali tra il coniuge e ciascuno di detti figli;
- b) ai **figli** menzionati alla precedente lett. a) che si trovano in una delle condizioni indicate, in parti uguali;
- c) ai **figli** che non si trovano nelle condizioni indicate nella precedente lett. a) legittimi, legittimati, naturali riconosciuti, adottivi, in parti uguali;
- d) ai genitori, anche se separati legalmente, in parti uguali, o al genitore superstite;
- e) ai fratelli e sorelle permanentemente inabili al lavoro o minorenni, purché non coniugati, in parti uguali;
- f) alle persone o enti designati dall'iscritto con disposizione di ultima volontà;
- g) ai fratelli e sorelle maggiorenni, in parti uguali.

**Qualora i superstiti siano quelli indicati nelle lettere a), b) e c) l'indennità verrà calcolata sulla base convenzionale di 40 annualità.**

<sup>2</sup>Nel caso in cui l'indennità è dovuta al coniuge superstite, nella dichiarazione sostitutiva dovrà essere precisato se esiste sentenza passata in giudicato di separazione personale addebitata al coniuge medesimo o ad entrambi i coniugi e se esistono figli dell'iscritto oltre che legittimi o legittimati, anche nati da precedenti matrimoni, adottivi e naturali da lui riconosciuti. Qualora invece l'indennità è dovuta ai figli legittimi (anche se nati da precedenti matrimoni dell'iscritto), legittimati, naturali riconosciuti o adottivi, dalla predetta documentazione dovrà risultare se gli stessi erano a carico dell'iscritto deceduto. Per i figli adottivi e per quelli naturali dovrà essere prodotta rispettivamente copia autentica dell'atto di adozione e dell'atto di riconoscimento, ovvero dichiarazione sostitutiva resa e sottoscritta a norma degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni; per i figli, i fratelli e le sorelle dell'iscritto maggiorenni permanentemente inabili al lavoro, la documentazione relativa. Le persone o enti designati, con disposizione di ultima volontà, devono produrre un estratto autentico delle disposizioni di ultima volontà dell'iscritto deceduto.

## **2. ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITA' AGGIUNTIVA AL TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO**

In presenza di particolari necessità finanziarie opportunamente documentate (ad es. cure mediche o altri oneri primari relativi ad esigenze familiari, quali, acquisto casa, auto, ecc.) può essere erogata dal Fondo un'anticipazione sull'indennità aggiuntiva al trattamento di fine rapporto.

Tale anticipazione viene corrisposta agli iscritti che abbiano maturato, al momento della richiesta, almeno cinque anni di servizio civile di ruolo e non di ruolo (valido ai fini dell'iscrizione al Fondo) dall'effettiva immissione in servizio nel Ministero dell'Economia e delle Finanze, nelle Agenzie fiscali (dal 1° maggio 1994 per il personale ex Amministrazione dei Monopoli). Pertanto il personale (ex Ministero del Tesoro) iscritto al Fondo dal 1° gennaio 2010 ai sensi dell'art. 9, comma 33 del D.L. n. 78/2010 potrà richiedere l'anticipazione solo dal 1° gennaio 2015, fermo restando il requisito minimo dei 5 anni di servizio.

L'importo dell'anticipazione è determinato in € 55000 per ogni anno di servizio valido ai fini dell'indennità aggiuntiva e può essere richiesta una sola volta nel corso del rapporto di lavoro e verrà detratto, come da Regolamento, all'atto della cessazione dal servizio maggiorato degli interessi (*nella misura legale fino al 31 dicembre 2002; dal 1° gennaio 2003 nella misura pattizia del 2,5% su base annua; dal 1° gennaio 2010 di nuovo nella misura legale in quanto attualmente pari a quella pattizia*).

L'anticipazione può essere richiesta, compilando il modello previsto (*Mod. D*) in presenza di particolari necessità finanziarie documentate (ad es. cure mediche o altri oneri primari relativi ad esigenze familiari – acquisto casa, auto, ...) unitamente alla dichiarazione sostitutiva (*Mod. C*).

Il Fondo procede ad accertamenti, su base campionaria, volti a riscontrare la regolarità, anche formale, della dichiarazione sostitutiva.

I documenti attestanti la necessità finanziaria (ad es. preventivi o fatture, copia del contratto preliminare o dell'atto di compravendita, quietanze di debiti estinti, attestazione di debiti da estinguere, altra idonea documentazione che attesti lo stato di necessità finanziaria, ecc.) possono essere inviati anche in copia e devono essere non anteriori a due anni dalla data della richiesta di anticipazione.

Gli iscritti di ruolo o non di ruolo che sono stati assunti, a qualsiasi titolo, prima del 17 maggio 1981, devono produrre una dichiarazione sostitutiva (*Mod. C*) resa a norma degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, in cui attestino di aver o meno percepito l'indennità di fine rapporto dai pregressi Fondi, di aver prestato o meno servizio quale impiegato delle abolite imposte di consumo, del lotto ovvero come copista ipotecario.

Per quanto attiene alla necessità di tempestiva comunicazione delle coordinate bancarie e delle ulteriori indicazioni utili ai fini dell'ottenimento delle anticipazioni, non espressamente previste nel presente paragrafo, si rinvia a quanto indicato nella disciplina delle sovvenzioni.

### **3. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI ED ALTRE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI**

Il Fondo eroga sovvenzioni nei seguenti casi:

- gravi malattie dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico;
- spese sanitarie sostenute dall'iscritto o dai familiari fiscalmente a carico (visite specialistiche, analisi, ecc.);
- acquisto di ausili per handicap permanente dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico (fino a € 3.000,00 nel quinquennio);
- invalidità dei familiari dell'iscritto fiscalmente a carico (sovvenzione annuale);
- decesso dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico;

L'importo massimo complessivo delle sovvenzioni erogabili a ciascun iscritto nel quinquennio 2011–2015 non potrà essere superiore a € 22.000,00, salvo i casi di gravi malattie dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico, classificate nelle tabelle A. Per tali ipotesi il limite è elevato a € 50.000,00.

In casi eccezionali, per le malattie classificate in tabella A, in presenza di gravissimi motivi, il Consiglio di Amministrazione potrà consentire il superamento del limite massimo di € 50.000/00, previa esibizione di appropriata e motivata documentazione.

Non concorrono a determinare i predetti limiti solo le seguenti sovvenzioni per:

- a) handicap permanente dell'iscritto e dei familiari fiscalmente a carico (fino a € 3.000,00 nel quinquennio);
- b) invalidità dei familiari fiscalmente a carico dell'iscritto;
- c) decesso dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico.

Per poter accedere alle prestazioni occorre che l'iscritto produca apposita istanza, redatta secondo il modello allegato, corredata di tutta la documentazione necessaria (**fatture esclusivamente in originale**, prescrizioni mediche, cartelle cliniche, certificazioni sanitarie, autocertificazioni complete di **fotocopia del documento d'identità del dichiarante**, ecc.) e del prospetto riepilogativo redatto secondo il modello (*Mod. Z*).

**Sono sovvenzionabili esclusivamente le spese rimaste effettivamente a carico dell'iscritto.**

**A tale riguardo il Fondo potrà procedere a riscontri anche presso le società erogatrici di prestazioni assistenziali.**

Si ricorda che, per un esame sollecito, le domande devono essere inviate complete di tutti i

documenti necessari e non devono contenere documentazione non richiesta, superflua o relativa a spese non sovvenzionabili.

Per le spese maggiori di € 77,47 sostenute per prestazioni esenti dall'IVA, dovrà risultare l'avvenuto assolvimento, mediante applicazione dell'apposito contrassegno ovvero in modo virtuale, dell'imposta di bollo per quietanza, attualmente pari ad euro 1,81 (art. 13, n. 1, della tariffa allegato A, parte I, unita al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642). Le fatture e ricevute non in regola con l'imposta di bollo saranno inviate al competente Ufficio dell'Agenzia delle Entrate per la regolarizzazione, ai sensi dell'art. 19 del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642, e la liquidazione della sovvenzione richiesta potrà avere corso solamente dopo l'intervenuta regolarizzazione.

**Alla domanda corredata di autocertificazione deve essere allegata fotocopia del documento d'identità del dichiarante.**

Le sovvenzioni per i familiari vengono erogate sempre a condizione che i medesimi siano fiscalmente a carico dell'iscritto al momento della domanda nonché, se diverso, nell'anno in cui è stata sostenuta la spesa. Per stabilire se un familiare sia a carico dell'iscritto si fa riferimento alla normativa fiscale vigente in materia<sup>3</sup>.

Si ricorda inoltre che:

- non possono essere sovvenzionati eventi insorti e/o accertati e/o spese sostenute oltre il biennio precedente la data di presentazione dell'istanza. Pertanto l'iscritto cessato dal servizio o i suoi eredi, possono produrre istanze di sovvenzione relative a eventi insorti e/o accertati e/o spese sostenute in data non anteriore al biennio purché relative ai periodi in cui l'iscritto era in servizio;
- **non possono essere sovvenzionati eventi e/o spese sostenute in periodi precedenti all'iscrizione al Fondo o successivi alla cessazione dal servizio;**
- non possono essere sovvenzionati documenti di spesa con importo unitario inferiore ad € 50,00 (tranne nei casi in cui siano riferiti ad un pagamento complessivo di importo pari o superiore a € 50,00 se effettuato nello stesso giorno, nella stessa struttura e se riferito allo stesso soggetto);

---

<sup>3</sup> Affinché si possano considerare fiscalmente a carico devono ricorrere due condizioni:

**Condizione di parentela e affinità**

Sono considerati familiari a carico dal punto di vista fiscale:

- il coniuge non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli, compresi quelli naturali riconosciuti, gli adottivi, gli affidati e affiliati;
- altri familiari (genitori, generi, nuore, suoceri, fratelli, sorelle ....), a condizione che siano conviventi o che ricevano dallo stesso un assegno alimentare non risultante da provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

**Limiti reddituali del familiare**

I familiari, infatti, possono essere considerati a carico solo se **non dispongono di un reddito proprio superiore 2.840,51 euro** al lordo degli oneri deducibili (sono esclusi alcuni redditi esenti fra i quali le somme corrisposte agli invalidi civili, ai sordomuti, ai ciechi civili a titolo di indennità e assegni). Va conteggiata invece l'eventuale rendita dell'abitazione principale.

- non possono essere sovvenzionate spese effettuate per cure termali (intendendo con ciò spese effettuate presso stabilimenti termali **relative alle sole prestazioni termali**);
- la sovvenzione può essere erogata solo se l'importo da liquidare sia pari o superiore a € 100,00.

La modulistica relativa alle istanze deve essere firmata e regolarmente compilata in tutti i campi (indirizzi abitazione ed ufficio, coordinate bancarie, indirizzo di posta elettronica istituzionale ed eventualmente personale, recapiti telefonici, dati anagrafici dei familiari a carico per i quali si chiede la sovvenzione, ecc.). Le comunicazioni saranno inviate esclusivamente tramite posta elettronica.

A tutte le erogazioni effettuate si applicano i criteri individuati dalla circolare vigente alla data di presentazione della richiesta da parte dell'iscritto, secondo quanto indicato in Premessa.

Sono sovvenzionabili tutte le spese sanitarie ammesse in detrazione dalla normativa fiscale vigente ed in regola con la stessa al momento della presentazione dell'istanza.

Anche se ammesse in detrazione dal fisco, non sono comunque sovvenzionabili le spese per acquisto di farmaci (tranne nei casi particolari disciplinati *infra*) e per cure termali. In caso di spese oggetto di rimborso da parte di terzi (ad es. assicurazioni), il Fondo sovvenzionerà la spesa effettivamente rimasta a carico dell'iscritto (c.d. franchigia) anche se di importo inferiore a € 50,00.

I documenti originali non devono presentare abrasioni, cancellazioni o correzioni non puntualmente convalidate dall'emittente.

Eventuali manomissioni della documentazione inviata al Fondo o dichiarazioni mendaci, tendenti ad ottenere fraudolentemente le prestazioni, saranno oggetto di segnalazione all'Autorità Giudiziaria ed all'Amministrazione di appartenenza.

**L'irregolarità della documentazione comporta la decadenza dalla sovvenzione e la segnalazione del fatto, al fine dell'eventuale applicazione di provvedimenti disciplinari, all'Amministrazione di appartenenza.**

Il Fondo si riserva di procedere ad accertamenti volti a riscontrare la regolarità, anche formale, dei documenti di spesa prodotti.

La documentazione allegata alle pratiche sarà conservata dal Fondo per sette anni e non sarà restituita, salvo specifica richiesta da parte di uffici pubblici, previa presentazione di apposita domanda da parte dell'iscritto opportunamente documentata.

Nei casi di spese non sovvenzionate, in quanto la richiesta di sovvenzione non ha raggiunto il minimo erogabile ovvero perché nel corso del precedente quinquennio è stato raggiunto il massimo erogabile, l'iscritto potrà fare riferimento alla documentazione (sempre se non anteriore al biennio) ad essa relativa, in caso di presentazione di una istanza di sovvenzione per nuove spese



che, cumulate con le precedenti, risultino suscettibili di sovvenzioni superiori al minimo erogabile (€ 100,00), ed in tal caso alla sovvenzione delle precedenti spese verranno applicati i criteri vigenti al momento della presentazione della precedente istanza.

Il Fondo potrà rilasciare, dietro motivata richiesta, copia delle fatture della documentazione prodotta, con addebito delle spese relative; si consiglia agli iscritti di conservare, per ogni esigenza, fotocopia della documentazione inviata al Fondo.

I documenti di spesa devono essere trasmessi esclusivamente in originale (non sono ammesse fotocopie, anche se autenticate), eccezion fatta per le fotocopie delle fatture autenticate dalla ASL che detiene i documenti per il rimborso e che dichiara che non saranno restituiti e a condizione che sulle fotocopie la ASL indichi l'ammontare delle somme rimborsate (in tal caso la sovvenzione da erogare sarà calcolata sulla differenza), e per lo smarrimento della documentazione originale allegata ad istanze inoltrate al Fondo tramite l'Ufficio di appartenenza o per raccomandata e non pervenute all'Ente. In tale ultimo caso, per accedere all'erogazione, l'iscritto dovrà produrre copia della denuncia di smarrimento presentata alle autorità competenti, unitamente a copia del documento smarrito, rilasciata e dichiarata conforme alle proprie scritture dal soggetto che ha emesso l'originale andato perduto.

Entro i due anni dal sostenimento della spesa, la sovvenzione può essere richiesta dal pensionato, per le spese sostenute fino alla data di collocamento a riposo o anche dagli eredi dell'iscritto deceduto. In tale ultimo caso (eredi dell'iscritto) occorre utilizzare il modello *Mod. M*.

Per la sovvenzione di spese sostenute in valuta estera verrà applicato il valore del cambio corrispondente al giorno del pagamento, utilizzando il relativo cambio indicativo di riferimento ovvero quello del giorno antecedente più prossimo. Se in quei giorni il cambio non è stato fissato, va utilizzato il cambio medio del mese. I cambi del giorno delle principali valute sono pubblicati nella Gazzetta Ufficiale. Per conoscere il cambio in vigore in un determinato giorno si può consultare il sito Internet della Banca d'Italia, all'indirizzo [www.bancaditalia.it/banca\\_centrale/cambi/cambi/cambi-fiscali/cambi-fiscali.html](http://www.bancaditalia.it/banca_centrale/cambi/cambi/cambi-fiscali/cambi-fiscali.html).

In ogni caso devono essere allegate alla richiesta una dichiarazione, sottoscritta dall'interessato, indicante detto valore di cambio, ed una traduzione, in lingua italiana, della fattura estera presentata. Se la documentazione sanitaria a corredo è redatta in inglese, francese, tedesco o spagnolo, la traduzione può essere eseguita a cura dell'iscritto e da lui sottoscritta, mentre, qualora redatta in una lingua diversa da quelle indicate, occorre produrre una traduzione giurata.

Le sovvenzioni sono erogate anche per i familiari a condizione che siano a carico dell'iscritto secondo la normativa fiscale vigente. Si rammenta che si considerano familiari le

persone indicate nell'art. 433 del codice civile<sup>4</sup>; si considerano fiscalmente a carico i familiari che non hanno posseduto redditi superiori al limite vigente ai fini dell'IRPEF, alla data di rilascio del documento di spesa.

**Per tutte le sovvenzioni richieste per i familiari a carico<sup>5</sup> occorre completare l'istanza con autocertificazione resa ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, compilando il modello della richiesta in ogni sua parte e allegando fotocopia del documento d'identità dell'iscritto al Fondo.**

In caso di prima istanza dovrà essere allegata un'autocertificazione (*Mod. E*).

Il Fondo procede ad accertamenti, su base campionaria, volti a riscontrare la regolarità, anche formale, dell'autocertificazione.

Nel caso di coniugi, entrambi iscritti al Fondo, le richieste di erogazione di prestazioni riguardanti i figli o altri familiari a carico di entrambi, possono essere presentate esclusivamente da uno solo di essi.

### 3.1. CRITERI PER L'EROGAZIONE DELLE SOVVENZIONI PER MALATTIE E SPESE SANITARIE.

Sono sovvenzionabili dal Fondo tutte le spese sanitarie per le quali la normativa fiscale prevede la detrazione d'imposta utilizzando il modello *Mod. F*, ad eccezione, come sopra precisato, delle spese per farmaci e delle spese relative a cure termali.

Il Fondo eroga le seguenti sovvenzioni:

- a) *una tantum* di € 2.000,00 per le malattie congenite o insorte da non oltre due anni classificate nella tabella A;
- b) una sovvenzione dell'80% per le spese sanitarie sostenute in relazione alle patologie classificate nella tabella A;
- c) una sovvenzione del 60% per tutte le altre spese sanitarie.

Per le malattie rientranti in tabella A, oltre ai documenti di spesa, occorre inviare una idonea certificazione sanitaria attestante l'esatta patologia (copia della cartella clinica o del certificato del medico specialista o del medico di base) nonché la data di insorgenza.

Per le malattie classificate nella tabella A, può essere erogata una sovvenzione per le spese per trasporto, vitto ed eventuale soggiorno del malato e dell'eventuale accompagnatore, nei casi in

---

<sup>4</sup> Art. 433 **codice civile**. Persone obbligate. All'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti, nell'ordine:1) il coniuge;2) i figli legittimi o legittimati o naturali o adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi, anche naturali;3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi, anche naturali; gli adottanti;4) i generi e le nuore;5) il suocero e la suocera;6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali.

<sup>5</sup>Vedi nota n. 3

cui le cure e/o le visite si siano svolte in un Comune diverso da quello di residenza e distante almeno 50 km.

La sovvenzione verrà erogata forfetariamente in € 30,00 al giorno a persona per il soggiorno e € 20,00 a persona per i due pasti giornalieri.

Per quanto riguarda le spese di viaggio (titoli di viaggio, ecc.) ove non sia possibile esibire tale documentazione, per giustificati motivi in relazione alla patologia e alla sede da raggiungere, potrà essere allegata una dichiarazione motivata che giustifichi l'uso del mezzo proprio. In tale caso verrà erogata una sovvenzione di € 0,29 a Km. sulla distanza tra il Comune di residenza e quello della visita e/o della cura ed il conteggio chilometrico della distanza verrà effettuato utilizzando il sito internet <http://servizi.aci.it/distanze-chilometriche-web/itinerarydatainsert.do>.

Per patologie non rientranti in tabella A, le spese di trasporto, vitto e soggiorno, potranno essere sovvenzionate **solo se il malato è minorenni e solo in caso di ricovero per cure e/o interventi.**

L'iscritto che intenda ottenere la sovvenzione le spese di trasporto, vitto e soggiorno dovrà allegare una certificazione sanitaria da cui risulti il luogo e la data della visita medica e/o della cura e/o dell'intervento.

In deroga a quanto previsto dalle precedenti disposizioni generali, in presenza di patologie rientranti in tabella "A" nonché in presenza di acquisto di vaccini per patologie certificate e acquistati previa richiesta medica si potrà disporre l'erogazione di sovvenzioni relative a spese sostenute per l'acquisto di farmaci, anche se di importo unitario inferiore a € 50,00, a condizione che le stesse siano validamente documentate ai fini fiscali (scontrino fiscale c.d. "parlante", certificazione medica indicante la patologia e relativi farmaci prescritti e timbro della farmacia) e sia altresì dimostrata la loro attinenza ad un unico ciclo terapeutico e che abbiano comportato **una spesa complessiva non inferiore ad € 250,00.** L'attinenza dovrà essere debitamente documentata con certificazione sanitaria. A tal fine l'iscritto che intenda chiedere la sovvenzione per i farmaci dovrà allegare all'istanza, oltre ai documenti di spesa e alla certificazione sanitaria anche il prospetto riepilogativo contenente il nome del farmaco, la data di acquisto e l'importo (*Mod. Z*).

**In assenza della predetta documentazione non verrà erogata alcuna sovvenzione né per i farmaci né per i vaccini.**

### 3.2 TABELLE DELLE MALATTIE

L'elenco delle patologie per le quali è prevista la sovvenzione nella misura dell'80% è contenuto nella tabella A.

La tabella A viene monitorata con l'ausilio di un medico incaricato dal Fondo, al fine di

tenerla costantemente aggiornata anche con l'integrazione di patologie precedentemente non previste.

### 3.3 CRITERI PER L'EROGAZIONE DELLE SOVVENZIONI PER HANDICAP

Per i casi di handicap e di invalidità dell'iscritto e dei familiari fiscalmente a carico<sup>6</sup>, riconosciuti da Commissioni mediche pubbliche incaricate, il Fondo eroga una sovvenzione fino a € 3.000,00 nel quinquennio.

La sovvenzione viene erogata per spese sostenute a causa dell'handicap (auto, mezzi di locomozione, protesi speciali, computer per non vedenti ed ogni altra spesa ammessa in deduzione dal reddito o in detrazione dall'imposta secondo la normativa fiscale).

Occorre produrre apposita richiesta redatta secondo il modello *Mod. H* completa dell'autocertificazione, resa ai sensi degli articoli 38, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, per la dimostrazione del carico fiscale del coniuge, dei figli o degli altri familiari. Occorre altresì allegare:

- documentazione originale di spesa;
- certificazione sanitaria - anche in copia - che attesti l'utilità dell'ausilio speciale in relazione all'invalidità e/o all'handicap per ogni singolo ausilio;
- certificazione - anche in copia - attestante l'invalidità o l'handicap;

In caso di acquisto auto, va allegata, altresì, la documentazione da cui risulti che il veicolo è utilizzato in via esclusiva o prevalente dal portatore di handicap.

Per l'individuazione della tipologia delle spese sovvenzionabili nonché dei relativi documenti occorre far riferimento a quanto stabilito dalla normativa fiscale in materia (un solo veicolo nel corso di quattro anni, ricorrenza dei presupposti dell'IVA agevolata, ecc. ).

Le spese per la riparazione e la manutenzione dei veicoli non saranno in nessun caso sovvenzionate.

### 3.4 CRITERI PER L'EROGAZIONE DELLA SOVVENZIONE ANNUA PER INVALIDITÀ DEI FAMILIARI DELL'ISCRITTO FISCALMENTE A CARICO

Il Fondo eroga una sovvenzione annua di € 2.000,00 per i familiari dell'iscritto fiscalmente a carico<sup>7</sup>, affetti da minorazioni comportanti un grado di invalidità non inferiore al 74%.

La sovvenzione verrà altresì erogata anche nei casi in cui non è prevista, in base alla normativa vigente, l'indicazione della percentuale di invalidità (ad esempio, per i minori). Qualora l'invalidità sia stata riconosciuta per un periodo inferiore all'anno, la sovvenzione erogata è proporzionalmente ridotta.

---

<sup>6</sup>Vedi nota n. 3.

<sup>7</sup>Vedi nota n. 3.

L'istanza, redatta secondo il modello *Mod. I*, nella quale dovrà essere indicato l'anno per il quale si richiede la sovvenzione, deve essere corredata della certificazione che attesti il grado di invalidità (qualora la certificazione non sia recente, occorrerà dichiarare che non vi sono state revisioni del grado di invalidità indicato nella certificazione, barrando l'apposita casella nell'istanza).

Resta fermo il principio in base al quale le istanze di invalidità, presentate per annualità pregresse, potranno riguardare solo i due anni immediatamente precedenti la data di presentazione della domanda e che ad esse si applicano i criteri già previsti per tali anni (si rammenta che sino all'annualità 2012, la sovvenzione annua erogabile è di euro 1.500,00).

Il diritto alla sovvenzione decorre dal mese successivo alla presentazione dell'istanza di invalidità alla predetta Commissione.

La sovvenzione è calcolata in dodicesimi ed è unica anche in presenza di più invalidità dello stesso soggetto.

### ***3.5 CRITERI PER L'EROGAZIONE DELLE SOVVENZIONI PER DECESSO***

Nei casi di decesso dell'iscritto o dei familiari fiscalmente a carico, il Fondo eroga una sovvenzione di € 2.000,00.

La richiesta deve essere redatta compilando in ogni sua parte il modello allegato (*Mod. L*) e potrà essere presentata dall'iscritto o da uno degli eredi entro 2 anni dall'evento.

In caso di decesso del pensionato occorre altresì un documento comprovante il periodo di servizio prestato presso l'Amministrazione Finanziaria con la data di pensionamento.

## ***4. TEMPI DI LIQUIDAZIONE DELLE PRATICHE, RIESAME E PAGAMENTI***

I termini di liquidazione delle pratiche di anticipazione e di sovvenzione sono quelli previsti dal regolamento di attuazione della legge n. 241/1990, così come modificata dall'art. 7, comma 3 della legge n. 69/2009, relativo ai procedimenti di competenza del Fondo, approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 27 settembre 2010.

Si ribadisce la necessità di indicare nelle istanze l'indirizzo di posta elettronica, atteso che eventuali comunicazioni o richieste di chiarimenti potranno essere effettuate dal Fondo in via telematica.

Ferma restando l'impugnabilità in via giurisdizionale dei provvedimenti del Consiglio di Amministrazione, è ammessa istanza debitamente documentata e motivata di riesame allo stesso Consiglio, entro il termine perentorio di giorni 30 dalla data di ricevimento della comunicazione. La decisione assunta in sede di riesame è definitiva.

**Il pagamento delle indennità, delle sovvenzioni e dei contributi è effettuato, dopo aver espletato i controlli di legge, esclusivamente a mezzo bonifico bancario o postale. Si precisa che i pagamenti non sono accreditabili sui libretti postali ancorché forniti di Iban.**

### **5. TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E INFORMAZIONI**

Tutti i dati sensibili vengono trattati dal Fondo in conformità al d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali). Titolare del trattamento dei dati personali è il Fondo di Previdenza per il personale del Ministero dell'Economia e delle Finanze e responsabile del trattamento dei dati è il Consiglio di Amministrazione del Fondo, elettivamente domiciliati presso la sede di via Luigi Ziliotto n. 31 - 00143 Roma.

Possono essere fornite informazioni solo all'interessato o ad un suo delegato; le informazioni rilasciate telefonicamente dal servizio addetto possono essere rese solamente all'interessato, previo accertamento dei dati anagrafici dello stesso, e possono riguardare soltanto lo stato della procedura di lavorazione (data inizio procedimento, responsabile dello stesso, termine finale entro cui verrà adottato il provvedimento).

Per la presentazione delle istanze e dei documenti, gli Uffici del Fondo, siti in Roma via Luigi Ziliotto n. 31 (zona EUR), sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00.

Per informazioni telefoniche gli iscritti possono rivolgersi al numero **065914429**, tutti i giorni lavorativi dalle ore 9,00 alle ore 13,00.

Le informazioni possono essere altresì richieste via fax al numero **065413684**, fermo restando che le informazioni relative allo stato delle liquidazioni, sono pubblicate tempestivamente sul sito Internet del Fondo ([www.fondoprevidenzafinanze.it](http://www.fondoprevidenzafinanze.it)), compatibilmente con i tempi tecnici di aggiornamento del sito medesimo.

Infine, tutti gli iscritti sono invitati ad utilizzare il fax solo per trasmettere documenti necessari ed acquisibili in copia, astenendosi dall'inviare quelli che devono comunque essere acquisiti in originale (ad esempio: fatture, scontrini fiscali, ecc.).

Si allegano alla presente circolare i moduli da utilizzare per le richieste di erogazioni del Fondo.

La presente circolare viene pubblicata sul sito [www.fondoprevidenzafinanze.it](http://www.fondoprevidenzafinanze.it).

Il Presidente

*(dott. Massimo Pietrangeli)*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del d.lgs. n. 39/1993

Timbro dell'Ufficio
---------------------

## Modello A Scheda dei servizi

**Al Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31 - 00143 ROMA**

**Protocollo n.**

COGNOME E NOME	_____
QUALIFICA	_____
CODICE FISCALE	_____
LUOGO E DATA DI NASCITA	_____
RESIDENTE IN	_____
PROV.	_____
CAP	_____
VIA	_____
E-MAIL PERSONALE	_____
RECAPITO TELEFONO	_____
COORDINATE BANCARIE	_____
RUOLO DI APPARTENENZA	_____
UFFICIO DI APPARTENENZA	_____
INDIRIZZO UFFICIO	_____
DATA DI CESSAZIONE	_____
MOTIVO	_____
EVENTUALI SUPERSTITI	_____

**DATA DI IMMISSIONE IN SERVIZIO PRESSO L'AMMINISTRAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA  
(PER IL PERSONALE EX II.CC. DALL'1.1.1973, PER QUELLO EX MONOPOLI DALL'1.5.1994 E PER  
I DIPENDENTI DEL DIPARTIMENTO DEL TESORO, RAGIONERIA E D.A.G. DALL'1.1.2010)**

**NON DI RUOLO** (ALLEGANDO DECRETI DI RISCATTO O CERTIFICATI DI SERVIZIO)

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_

**DI RUOLO** DECORRENZA ECONOMICA (DATA DI ASSUNZIONE DELLE FUNZIONI)

DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_

**SERVIZI PRESTATI PRIMA DEL 17/5/1981 IN PIU' RUOLI DEL MINISTERO DELLE FINANZE (II.  
DD.-CATASTO TASSE CENTRALI-DOGANE-UTIF)**

DAL AA \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_ AL AA \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_

**SERVIZIO PRESTATO PART-TIME** \_\_\_\_\_% DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_

**PERIODI SOSPENSIONE DAL SERVIZIO** DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ AA \_\_\_\_\_ MM \_\_\_\_\_ GG \_\_\_\_\_

**ASPETTATIVA PER MOTIVI DI FAMIGLIA E ALTRE ASSENZE NON VALUTATE AI FINI PENSIONISTICI**  
PER COMPLESSIVI ANNI \_\_\_\_\_ MESI \_\_\_\_\_ GIORNI \_\_\_\_\_

**EVENTUALI DEBITI VERSO LO STATO** (1) \_\_\_\_\_

(1) QUESTI POTRANNO ESSERE RECUPERATI SULLE SOMME DA EROGARE DAL FONDO, NEI LIMITI DI LEGGE, SOLO IN FORZA DI PROVVEDIMENTI FORMALI NOTIFICATI AL FONDO STESSO (FERMO AMMINISTRATIVO, SEQUESTRO CONSERVATIVO, PIGNORAMENTO, ...) O DI ESPRESSA AUTORIZZAZIONE DELL'ISCRITTO.

LUOGO E DATA,

TIMBRO DELL'UFFICIO E FIRMA

## ALLEGATO MODELLO A

### Note per la compilazione della scheda dei servizi (Allegare copia dello stato matricolare, anche se non aggiornato)

- a. L'indennità è corrisposta agli iscritti in relazione al numero degli anni resi al servizio dell'Amministrazione finanziaria. Detto periodo è calcolato dalla data di effettiva immissione alla data di effettiva cessazione, comprese le assenze valutabili ai fini della pensione e considerando per intero la frazione di anno superiore a sei mesi.  
Per il personale ex II.CC. l'anzianità decorrerà dall'1.1.1973, per quello ex Monopoli dall'1.5.1994 e per i dipendenti del Dipartimento del Tesoro, Ragioneria e D.A.G. dall'1.1.2010.
- b. Eventuali debiti verso lo Stato potranno essere recuperati sulle somme da erogare dal Fondo solo in forza di provvedimenti formali notificati al Fondo stesso (fermo amministrativo, sequestro conservativo, pignoramento, ecc).
- c. Si rammenta che il personale che abbia percepito indennità di fine rapporto dai preesistenti fondi di previdenza del Ministero delle Finanze - poi unificati con D.P.R. n° 211/81 - può chiedere la valutazione per intero del periodo di servizio civile prestato nell'Amministrazione finanziaria con domanda (mod. B) da presentarsi a pena di decadenza entro la data di cessazione dal servizio.
- d. Per i deceduti in attività di servizio si raccomanda trasmettere autocertificazione con l'indicazione degli aventi diritto.  
Si riporta il testo dell'art. 8 del regolamento del Fondo (DPR 1034/1984) *"In caso di morte dell'iscritto al fondo, avvenuta in attività di servizio, il diritto all'indennità prevista dall'art. 4, n. 1, sorge nel momento del decesso e spetta, in ordine di precedenza:*
- 1. al coniuge superstite, quando non esista sentenza, passata in giudicato, di separazione personale addebitata al coniuge superstite medesimo o ad entrambi i coniugi. Qualora l'iscritto deceduto abbia lasciato, oltre al coniuge, figli legittimi (anche se nati da precedenti matrimoni), legittimati, naturali riconosciuti, adottivi, purché a suo carico al momento del suo decesso o permanentemente inabili al lavoro, l'indennità si divide in parti uguali tra il coniuge e ciascuno dei detti figli. Si considerano a carico dell'iscritto deceduto i figli per i quali egli percepiva l'aggiunta di famiglia;*
  - 2. ai figli menzionati nel precedente n. 1) trovatisi in una delle condizioni ivi indicate, in parti uguali;*
  - 3. ai genitori, anche se separati legalmente, in parti uguali, o al genitore superstite;*
  - 4. ai fratelli e sorelle permanentemente inabili al lavoro o minorenni, purché non coniugati, in parti uguali;*
  - 5. alle persone o enti designati dall'iscritto con disposizione di ultima volontà;*
  - 6. ai fratelli e sorelle maggiorenni, in parti uguali."*



## MODELLO B

### MODELLO ISTANZA ART. 6 DPR 1034/1984

#### COMPUTO PERIODI DI SERVIZIO GIA' LIQUIDATI DAI PREGRESSI FONDI

(DA PRODURSI A PENA DI DECADENZA PRIMA DELLA DATA DI CESSAZIONE DAL SERVIZIO  
O DIRETTAMENTE AL FONDO O ALL'UFFICIO DI APPARTENENZA)

**Al Presidente del Consiglio di Amministrazione del  
Fondo di Previdenza per il personale del Ministero  
dell'Economia e delle Finanze  
Via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

OGGETTO: ISTANZA EX ART. 6 DPR 1034/1984 – ISCRITTO: \_\_\_\_\_.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_,

### P R E M E S S O

DI ESSERE STATO LIQUIDATO DAL SEGUENTE FONDO ORA ABOLITO:

- fondo di previdenza a favore del personale provinciale dell'Amministrazione del **catasto** e dei servizi tecnici erariali, istituito con regio decreto-legge 17 novembre 1938, n. 1826, convertito nella legge 5 gennaio 1939, n. 12;
- fondo di previdenza a favore del personale periferico delle **tasse ed imposte indirette sugli affari**, istituito con decreto ministeriale dell'11 febbraio 1952 e riconosciuto con l'art. 8 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza a favore del personale periferico dell'amministrazione delle **imposte dirette**, istituito con l'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza per il personale del **Ministero delle finanze e delle intendenze di finanza**, istituito con l'art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 648;
- fondo di previdenza per il personale delle **dogane**, istituito con legge 12 luglio 1912, n. 812;
- fondo di previdenza a favore del personale **delle imposte di fabbricazione e dei laboratori chimici delle dogane ed imposte indirette (UTIF)**, istituito con regio decreto-legge 5 settembre 1938, n. 1561, convertito nella legge 19 gennaio 1939, n. 260.

PER IL PERIODO PRESTATO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

### C H I E D E

SE PIU' FAVOREVOLE, AI SENSI DELL'ART. 6 DEL REGOLAMENTO DEL FONDO APPROVATO CON D.P.R. 1034/1984 LA VALUTAZIONE PER INTERO DEL SERVIZIO RESO ALLE DIPENDENZE DELL'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA.

DATA E LUOGO

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA RESA AI FINI DELLA RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE DELL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE**

In caso di presentazione a mezzo posta o a mezzo fax occorre allegare alla presente dichiarazione una fotocopia del documento d'identità.

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_  
 Ruolo di appartenenza (Dogane, Entrate, ...) \_\_\_\_\_  
 Ufficio di appartenenza \_\_\_\_\_

consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi, nei casi previsti dalle legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del dpr 445/2000) e consapevole che il fondo effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. 71 e 72 del dpr 445/2000)

**DICHIARA di essere in servizio nell'Amministrazione finanziaria**

**N.B.** **Non indicare il servizio prestato in altre amministrazioni dello Stato.** Le date di iscrizione al Fondo per il personale ex II.CC. è l' 1.11.1973, per il personale ex Monopoli l' 1.5.1994 e per i dipendenti del Dipartimento Tesoro, Ragioneria e D.A.G. l' 1.1.2010)

Non di ruolo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Di ruolo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Data di assunzione delle funzioni (decorrenza economica) \_\_\_\_\_  
 Part time \_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; \_\_\_ % dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Aspettativa per motivi di famiglia ed altre assenze non valutate ai fini pensionistici per complessivi anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_  
 sospensione dal servizio anni \_\_\_\_\_, mesi \_\_\_\_\_, giorni \_\_\_\_\_

**nel caso di assunzione antecedente al 17.5.1981 dichiara inoltre**

- 1)  di avere  di non avere prestato servizio in qualità di:  
 a) impiegato delle abolite II. CC. dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 b) impiegato del lotto (ricevitore/aiuto ricevitore) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 c) copista ipotecario dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- 2)  di avere  di non avere percepito l'indennità di fine rapporto dai preesistenti Fondi di Previdenza del Ministero delle Finanze

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

**Modello D**

**Al Presidente  
del Consiglio di Amministrazione  
del Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

◆ **RICHIESTA DI ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE****IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

cognome																		
nome																		
nat __ il	/	/	codice fiscale															
a																		
residente in via																		
comune																		
provincia	CAP	tel. uff./cell.																
email istituzionale																		
email personale																		

**dipendente dell'Amministrazione Economico-Finanziaria (specificare amministrazione)**


dal  /  /  (data di 1ª ammissione in servizio)**DATI DELL'UFFICIO**

indirizzo																			
comune																prov.			
CAP	tel.											fax							

**BONIFICO (DATI BANCA/POSTA PER L'ACCREDITO)**

banca / posta																ag. n.			
di																			
via																			

**COORDINATE BANCARIE/POSTALI (campo obbligatorio di 27 caratteri alfanumerici)**

IBAN	<input type="text"/>	CIN	<input type="text"/>	ABI	<input type="text"/>	CAB	<input type="text"/>	C/C	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

**CHIEDO L'ANTICIPAZIONE SULL'INDENNITÀ DI CESSAZIONE  
PER IL SEGUENTE MOTIVO \_\_\_\_\_**

**E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI**

- dichiarazione sostitutiva resa a norma del DPR 445/2000 per il personale assunto prima del 17 maggio 1981 (mod. C)
- documentazione comprovante l'effettiva necessità dell'anticipazione;
- \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**MODELLO E****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(Ex artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000  
e successive modificazioni ed integrazioni)

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,

C.F. \_\_\_\_\_, a conoscenza delle sanzioni previste  
dal C.P. e dalle leggi speciali nei casi di dichiarazioni mendaci,

**D I C H I A R A**

di essere dipendente dell'Amministrazione Economico-Finanziaria (specificare amministrazione)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

dal (data di 1^ ammissione in servizio) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

In fede

\_\_\_\_\_

L'autenticazione della sottoscrizione non è richiesta ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445 del 28.12.2000 se sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero se accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore.

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

## Modello F

**Al Presidente  
del Consiglio di Amministrazione  
del Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER MALATTIA E SPESE SANITARIE**

**Barrare la casella se ha avuto precedenti sovvenzioni per malattie in tabella A**

### IL/LA SOTTOSCRITTO/A

cognome																								
nome																								
nat __ il	/	/	codice fiscale																					
a																								
residente in via																								
comune																								
provincia	CAP																							tel. uff./cell.
email istituzionale																								
email personale																								

### BONIFICO (DATI BANCA/POSTA PER L'ACCREDITO - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)

banca / posta																			ag. n.					
di																								
via																								

### COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)

IBAN	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	CIN	[ ] [ ]	ABI	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	CAB	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	C/C	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
------	---------------------------------	-----	---------	-----	-------------------------	-----	-------------------------	-----	---

### dipendente dell'Amministrazione Economico-Finanziaria (specificare amministrazione)

dal	[ ] [ ]	/	[ ] [ ]	/	[ ] [ ] [ ] [ ]	(data di 1 <sup>a</sup> ammissione in servizio)																	

### DATI DELL'UFFICIO

denomina- zione																												
indirizzo																												
comune																							prov.					
CAP																				tel.						fax		

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e dichiaro ai sensi del dpr 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle relative sanzioni, che le somme richieste non possono costituire oggetto di rimborso da parte di terzi (assicurazioni ecc.) oppure in caso contrario di avere diritto a ricevere/aver ricevuto la somma di euro \_\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### CHIEDO

quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A. di codesto Ente

- per me stesso
- per il coniuge a **carico fiscale**
- per i figli a **carico fiscale**
- per il proprio familiare a **carico fiscale**

a tal fine consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi, nei casi previsti dalla legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del dpr 445/2000) e consapevole che il fondo effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. 71 e 72 del dpr 445/2000)

### AUTOCERTIFICATO

(allegare fotocopia documento d'identità):

FAMILIARI A CARICO FISCALE DELL'ISCRITTO (*)	
che (se si tratta di sovvenzioni per il coniuge o per i figli indicare dati anagrafici e codice fiscale)	
<input type="checkbox"/> coniuge	<input type="checkbox"/> figlio/a
cognome/nome	
nat __ il	/ / codice fiscale
a	prov.
<input type="checkbox"/> figlio/a	
cognome/nome	
nat __ il	/ / codice fiscale
a	prov.
<input type="checkbox"/> figlio/a	
cognome/nome	
nat __ il	/ / codice fiscale
a	prov.
<input type="checkbox"/> figlio/a	
cognome/nome	
nat __ il	/ / codice fiscale
a	prov.
<b>è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto (*);</b>	
<input type="checkbox"/> che (se si tratta di sovvenzioni per i familiari indicare dati anagrafici e grado parentela)	
grado parentela	
cognome/nome	
nat __ il	/ / codice fiscale
a	prov.
<b>è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto (*);</b>	

### E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI

- autocertificazione in caso di prima istanza.
- fotocopia documento d'identità.
- documentazione medica.
- prescrizione medica (se richiesta).
- n. \_\_\_\_ fatture e/o ricevute fiscali IN ORIGINALE per un totale di euro \_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_
- richiesta di sovvenzione per spese di viaggio, pasti e soggiorno.
- prospetto riepilogativo dei documenti di spesa e degli scontrini per farmaci (Mod. Z).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*) Per essere considerato a carico fiscale il familiare non deve aver conseguito un reddito complessivo annuo superiore a euro 2.840,51 (art.12 TUIR).

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

**Modello H**

**Al Presidente  
del Consiglio di Amministrazione  
del Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER ACQUISTO AUSILI HANDICAP**

<b>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</b>																									
cognome																									
nome																									
nat __ il	/	/										codice fiscale													
a																									
residente in via																									
comune																									
provincia		CAP								tel. uff./cell.															
email istituzionale																									
email personale																									
<b>BONIFICO (DATI BANCA/POSTA PER L'ACCREDITO - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)</b>																									
banca /																									
postea												ag. n.													
di																									
via																									
<b>COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)</b>																									
IBAN								CIN			ABI			CAB					C/C						
<b>dipendente dell'Amministrazione Economico-Finanziaria (specificare amministrazione)</b>																									
dal			/			/									(data di 1ª ammissione in servizio)										
<b>DATI DELL'UFFICIO</b>																									
denomina- zione																									
indirizzo																									
comune																									prov.
CAP											tel.										fax				

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e dichiaro ai sensi del dpr 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle relative sanzioni, che le somme richieste non possono costituire oggetto di rimborso da parte di terzi (assicurazioni ecc.) oppure in caso contrario di avere diritto a ricevere/aver ricevuto la somma di euro \_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A. di codesto Ente**

- per me stesso  
 per il coniuge a **carico fiscale**  
 per i figli a **carico fiscale**  
 per il proprio familiare a **carico fiscale**

**a tal fine consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi, nei casi previsti dalle legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del dpr 445/2000) e consapevole che il fondo effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. 71 e 72 del dpr 445/2000)**

**AUTOCERTIFICATO**  
(allegare fotocopia documento d'identità):

FAMILIARI A CARICO FISCALE DELL'ISCRITTO (*)																			
che (se si tratta di sovvenzioni per il coniuge o per i figli indicare dati anagrafici e codice fiscale)																			
<input type="checkbox"/> coniuge										<input type="checkbox"/> figlio/a									
cognome/nome																			
nat __ il										/ /									
a										codice fiscale									
										prov.									
<input type="checkbox"/> figlio/a																			
cognome/nome																			
nat __ il										/ /									
a										codice fiscale									
										prov.									
<input type="checkbox"/> figlio/a																			
cognome/nome																			
nat __ il										/ /									
a										codice fiscale									
										prov.									
<input type="checkbox"/> figlio/a										tel. uff./cell.									
cognome/nome																			
nat __ il										/ /									
a										codice fiscale									
										prov.									
<b>è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto (*);</b>																			
<input type="checkbox"/> che (se si tratta di sovvenzioni per i familiari indicare dati anagrafici e grado parentela)																			
grado parentela																			
cognome/nome																			
nat __ il										/ /									
a										codice fiscale									
										prov.									
<b>è/sono fiscalmente a carico del sottoscritto (*);</b>																			

**E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI**

- autocertificazione in caso di prima istanza.
- fotocopia documento d'identità.
- n. \_\_\_\_ fatture e/o ricevute fiscali IN ORIGINALE per un totale di Euro \_\_\_\_\_, \_\_\_\_.
- prospetto riepilogativo dei documenti di spesa (Mod. Z).
- certificazione in copia attestante l'invalidità o l'handicap.
- richiesta di sovvenzione per spese di viaggio, pasti e soggiorno.
- certificazione sanitaria che attesti l'utilità dell'ausilio speciale in relazione all'handicap.
- documentazione attestante che il veicolo sarà utilizzato in via esclusiva e prevalente dal portatore di handicap.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*) Per carico fiscale si intende che il familiare non abbia conseguito un reddito complessivo annuo superiore a euro 2.840,51.



## spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

## Modello I

**Al Presidente  
del Consiglio di Amministrazione  
del Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER INVALIDITÀ - ANNO 20**

(Presentare singole istanze per ogni annualità e per ogni familiare a carico, complete di tutti i documenti necessari)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A									
cognome									
nome									
nat __ il		/		/			codice fiscale		
a									
residente in via									
comune									
provincia		CAP				tel. uff./cell.			
email istituzionale									
email personale									

BONIFICO (DATI BANCA/POSTA PER L'ACCREDITO - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)									
banca /									
posta								ag. n.	
di									
via									

COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)									
IBAN	<input type="text"/>	CIN	<input type="text"/>	ABI	<input type="text"/>	CAB	<input type="text"/>	C/C	<input type="text"/>

dipendente dell'Amministrazione Economico-Finanziaria (specificare amministrazione)									
dal	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>				(data di 1 <sup>a</sup> ammissione in servizio)

DATI DELL'UFFICIO									
denomina- zione									
indirizzo									
comune								prov.	
CAP						tel.		fax	

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e

**CHIEDO**

**quanto suindicato, ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A. di codesto Ente**

- per il coniuge a **carico fiscale**
- per i figli a **carico fiscale**
- per il proprio familiare a **carico fiscale**

a tal fine consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di falsi, nei casi previsti dalle legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del dpr 445/2000) e consapevole che il fondo effettuerà controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (artt. 71 e 72 del dpr 445/2000)

**AUTOCERTIFICO**  
(allegare fotocopia documento d'identità):

FAMILIARI A CARICO FISCALE DELL'ISCRITTO (*)																										
che (se si tratta di sovvenzioni per il coniuge o per i figli indicare dati anagrafici e codice fiscale)																										
<input type="checkbox"/> coniuge										<input type="checkbox"/> figlio/a																
cognome/nome																										
nat __ il		/		/		codice fiscale															prov.					
a																										
<b>è fiscalmente a carico del sottoscritto (*);</b>																										
che (se si tratta di sovvenzioni per i familiari indicare dati anagrafici e grado parentela)																										
grado parentela																										
cognome/nome																										
nat __ il		/		/		codice fiscale															prov.					
a																										
<b>è fiscalmente a carico del sottoscritto (*);</b>																										

- che non vi è stata alcuna revisione dello stato di invalidità,**
- che la sentenza è passata in giudicato (in caso di invalidità riconosciuta a seguito di giudizio),**

**E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI**

- autocertificazione in caso di prima istanza.
- fotocopia documento d'identità.
- certificazione in copia attestante l'invalidità ed in caso di minore, certificazione rilasciata da apposita Commissione Sanitaria.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(\*) Per essere considerato a carico fiscale il familiare non deve aver conseguito un reddito complessivo annuo superiore a euro 2.840,51 (art.12 TUIR).

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

**Modello L**

**Al Presidente  
del Consiglio di Amministrazione  
del Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER DECESSO**

<b>IL/LA SOTTOSCRITTO/A</b>													
cognome													
nome													
nat __ il		/		/	codice fiscale								
a													
residente in via													
comune													
provincia		CAP			tel. uff./cell.								
email istituzion.													
email personale													

<b>BONIFICO (DATI BANCA/POSTA PER L'ACCREDITO - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)</b>																			
banca / posta												ag. n.							
di																			
via																			
<b>COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)</b>																			
IBAN					CIN		ABI				CAB				C/C				

<b>DATI UFFICIO DELL'ISCRITTO</b>													
denomina- zione													
indirizzo													
comune												prov.	
CAP					tel.					fax			

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A. di codesto Ente

**CHIEDO LA SOVVENZIONE PER DECESSO**

- del coniuge a **carico fiscale**
- dei figli a **carico fiscale**
- dell'iscritto o pensionato
- altro familiare a **carico fiscale**



**EREDI**
 che gli unici eredi sono

grado parentela					email				
cognome/nome									
nat __ il	/	/			codice fiscale				
a									prov.
residente in via									
comune									prov.

COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)

IBAN				CIN		ABI				CAB			C/C						
grado parentela						email													
cognome/nome																			
nat __ il	/	/				codice fiscale													
a																			prov.
residente in via																			
comune																			prov.

COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)

IBAN				CIN		ABI				CAB			C/C						
grado parentela						email													
cognome/nome																			
nat __ il	/	/				codice fiscale													
a																			prov.
residente in via																			
comune																			prov.

COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)

IBAN				CIN		ABI				CAB			C/C						
grado parentela						email													
cognome/nome																			
nat __ il	/	/				codice fiscale													
a																			prov.
residente in via																			
comune																			prov.

COORDINATE BANCARIE/POSTALI (27 caratteri alfanumerici - ESCLUSO LIBRETTO POSTALE)

IBAN				CIN		ABI				CAB			C/C						
------	--	--	--	-----	--	-----	--	--	--	-----	--	--	-----	--	--	--	--	--	--

 che tra l'iscritto e il coniuge superstite

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

non esiste sentenza di separazione passata in giudicato addebitabile al coniuge superstite o ad entrambi i coniugi.

**E ALLEGO I SEGUENTI DOCUMENTI**
 fotocopia documento d'identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

spazio sottostante riservato al Fondo di Previdenza

--

**Modello M**

**Al Presidente  
del Consiglio di Amministrazione  
del Fondo di Previdenza per il personale  
del Ministero dell'Economia e delle Finanze  
via Luigi Ziliotto 31  
00143 ROMA**

◆ **RICHIESTA DI SOVVENZIONE PER MALATTIA E SPESE SANITARIE  
SOSTENUTE DALL'ISCRITTO DECEDUTO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A																			
cognome																			
nome																			
nat __ il		/		/															
a																			
residente in via																			
comune																			
provincia																			
e-mail																			

EREDE DI																			
cognome																			
nome																			

Autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del dlgs 196/2003, che saranno utilizzati per l'erogazione della sovvenzione e dichiaro ai sensi del dpr 445/2000 e ss.mm.ii., consapevole che le dichiarazioni mendaci comportano l'applicazione delle relative sanzioni, che le somme richieste non possono costituire oggetto di rimborso da parte di terzi (assicurazioni ecc.) oppure in caso contrario di avere diritto a ricevere/aver ricevuto la somma di euro \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

**quanto sopra ai sensi del dpr 1034/1984 secondo i criteri e le modalità deliberati dal C.d.A. di codesto Ente**

- spese sostenute dall'iscritto deceduto
- spese sostenute dall'iscritto deceduto per i propri familiari a **carico fiscale**

**a tal fine consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsita' negli atti e l'uso di falsi, nei casi previsti dalle legge, sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (artt. 75 e 76 del dpr 445/2000) e consapevole che il fondo effettuera' controlli anche a campione sulla veridicita' delle dichiarazioni sostitutive (artt. 71 e 72 del dpr 445/2000)**

**AUTOCERTIFICO**  
**(allegare fotocopia documento d'identità):**

che in data  /  /  è deceduto il/la sig.

cognome																				
nome																				
nat __ il		/		/																
a																				
residente in via																				
comune																				
provincia																				
CAP																				

che (per il decesso dell'iscritto o del pensionato) l'ultimo ufficio di appartenenza all'Amministrazione Economico-Finanziaria è stato


e che la data di pensionamento è stata  /  /

che (se si tratta di sovvenzioni per il familiare a carico indicare i dati anagrafici e grado di parentela)

grado parentela																				
cognome/nome																				
nat __ il		/		/																
a																				prov.
grado parentela																				
cognome/nome																				
nat __ il		/		/																
a																				prov.
grado parentela																				
cognome/nome																				
nat __ il		/		/																
a																				prov.
grado parentela																				
cognome/nome																				
nat __ il		/		/																
a																				prov.

era/erano fiscalmente a carico dell'iscritto deceduto in quanto non superano i limiti di reddito previsti;







## ALLEGATO 1

### Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003

Gentile Iscritto/a,

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: erogazione delle prestazioni previste dal dpr 1034/1984.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuale ed informatico.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter ottenere la prestazione richiesta e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di erogare la prestazione.
4. I dati saranno comunicati al tesoriere del Fondo di previdenza per effettuare il relativo pagamento.

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati sanitari potranno essere trattati da un medico di fiducia del Fondo per valutare la misura del rimborso.

Il trattamento riguarderà anche i dati contenuti nelle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio che saranno comunicati ad altre amministrazioni (comuni, asl, agenzie fiscali,...) per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000.

Il trattamento riguarderà anche i dati contenuti nelle fatture sanitarie (ad esclusione della prestazioni sanitarie ivi indicate) e saranno comunicati agli Uffici fiscali a titolo di controllo a campione.

I dati in questione non saranno comunicati ad altri soggetti diversi da quelli sopra indicati né saranno oggetto di diffusione.

La informiamo che il conferimento di questi dati è obbligatorio per poter ottenere la prestazione richiesta e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità di erogare la prestazione.

5. Il titolare del trattamento è il FONDO DI PREVIDENZA PER IL PERSONALE DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE.

6. Il responsabile del trattamento è il Presidente del Consiglio di Amministrazione P.T. del Fondo di Previdenza per il personale del Ministero dell'Economia e delle Finanze (il nominativo è sul sito [www.fondoprevidenzafinanze.it](http://www.fondoprevidenzafinanze.it)).

7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

#### Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.