

Dott. _____
Via _____

Bari,

Al Presidente dell'Ordine
Interprovinciale dei Farmacisti di Bari e
Barletta-Andria-Trani
Via G. Devitofrancesco, 4/C
70124 B A R I

Oggetto: Richiesta sussidio assistenza straordinaria

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ residente in _____ alla Via _____
(C.F. _____) farmacista iscritto all'albo dal _____
al n _____, Tel/Cell _____ con la presente

chiede

- la concessione del sussidio di assistenza straordinaria per un importo di € _____
(euro _____/00)

Tale sussidio è richiesto per far fronte all'aggravio del bilancio familiare determinato da

_____ ,
per il quale il/la sottoscritt_ ha sostenuto o dovrà sostenere una spesa per un importo di
€ _____ (euro _____/00).

- che in caso di accoglimento, il sussidio venga liquidato mediante accredito su c/c intestato a
_____ presso la Banca _____
CODICE IBAN _____

Allega i seguenti documenti:

- Documentazione in originale comprovante l'evento e la spesa di cui all'Art. 5 del "Regolamento prestazione assistenza straordinaria agli iscritti".
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio attestante la composizione del proprio nucleo familiare.
- Modello CUD attestante i redditi dichiarati nell'anno _____

Cordiali saluti.

(firma)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di certificazione e di atto notorio

(D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, articoli 46 e 47)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
stato civile _____ codice fiscale _____
residente in _____ c.a.p. _____
via _____

dichiara che:

➤ i familiari conviventi sono [per ciascun componente, allegare la più recente documentazione fiscale (UNICO, 730, CUD)]:

1) _____
(nominativo)

(codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

2) _____
(nominativo)

(codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

3) _____
(nominativo)

(codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

4) _____
(nominativo)

(codice fiscale) _____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata
 reddito non soggetto a IRPEF come da documentazione allegata
 non ha percepito redditi

ATTENZIONE! Il mancato invio della documentazione comporterà il rigetto della domanda.
LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEVE ESSERE TRASMESSA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI *(a cura del dichiarante)*

Ai fini della liquidazione del sussidio, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa (art.13, D. Lgs. n.196/2003) ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili.

_____ (data)

_____ (firma)

ATTENZIONE! Il mancato invio della documentazione comporterà il rigetto della domanda.

INFORMATIVA ai sensi dell'art.13, D. Lgs. n.196/2003

Codice in materia di protezione dei dati personali

La informiamo che i dati richiesti sono necessari per l'esame e la definizione della presente istanza, anche con sistemi automatizzati, e che la mancata comunicazione degli stessi può essere di pregiudizio alle attività anzidette. Ove, necessario, i dati verranno comunicati all'Istituto di credito incaricato del servizio di tesoreria per conto dell'Ordine e, da questo, alla banca prescelta per la liquidazione delle spettanze. I dati potranno essere comunicati ad altre Amministrazioni quando ciò sia previsto da leggi o regolamenti oppure, se necessario, per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Ordine o degli Enti riceventi. Titolare del trattamento è l'Ordine Interprovinciale dei Farmacisti di Bari e Barletta-Andria-Trani, Via Devitofrancesco n. 4/C, 70124 BARI.

Si riporta integralmente il testo dell'articolo 7 del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003 relativo ai diritti dell'interessato.

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