



## Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie - 1/3

● ALL'UFFICIO INPS DI					
● COGNOME		● NOME			
● CODICE FISCALE		● NATO/A IL			
● A		● PROV.		● STATO	
● STATO CIVILE					
● RESIDENTE IN		● PROV.		● STATO	
● INDIRIZZO			● CAP		
● TELEFONO *		● CELLULARE *			
● INDIRIZZO E-MAIL*					

attualmente alle dipendenze di \_\_\_\_\_,

● **Chiedo** l'anticipazione del Trattamento di Fine Rapporto per l'ammontare di euro \_\_\_\_\_  
per spese sanitarie da sostenere:

- per me
- per il mio coniuge:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- per mio/a figlio/a:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

- per il mio parente o affine:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

- In tal caso, dichiaro di provvedere in modo prevalente e continuativo al mantenimento del suddetto parente/affine



## Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie - 2/3

A tal fine allego i documenti indicati in calce e, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, dichiaro:

- che la mia famiglia è composta da:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
rapporto di parentela \_\_\_\_\_

- di aver presa visione del Regolamento per l'attuazione nell' ambito dei fondi di previdenza esattoriali e dazieri della normativa sulle anticipazioni del Trattamento di Fine Rapporto di cui alla legge 29 maggio 1982, n.297, nel testo aggiornato con le modifiche approvate dal commissario straordinario dell'INPS con determinazione n.734 del 17 giugno 2003;
- di aver preso atto, in particolare, del contenuto dell'art.11 del Regolamento citato il quale, mi obbliga a documentare a codesti uffici l'avvenuta utilizzazione dell'anticipazione per le finalità oggetto della richiesta entro il termine di 180 giorni dalla data di effettuazione della spesa e comunque non oltre la data di cessazione dal servizio nel caso la cui risoluzione del rapporto di lavoro intervenga prima del termine anzidetto;
- di accettare incondizionatamente che l'Istituto recuperi, al lordo delle imposte, le somme non utilizzate conformemente ai titoli per cui sono state attribuite, maggiorate di una penale pari agli interessi legali di cui all'art. 1284 c.c. sull'importo anticipato, tenendo conto dell'evoluzione dei saggi nel periodo di tempo per il quale il lavoratore ha usufruito dell'anticipazione sino alla data del recupero; ove non recuperate precedentemente, dette somme verranno trattenute sul Trattamento di Fine Rapporto.



## Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie - 3/3

● Chiedo infine che il pagamento dell'anticipazione avvenga mediante:

- bonifico domiciliato presso Ufficio Postale
- corrente bancario o postale - Libretto postale - INPS card - Carte di pagamento dotate di IBAN

Codice IBAN (*composto da 27 caratteri*) \_\_\_\_\_

**Mi impegno a comunicare all'INPS qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione lavorativa sopra indicata entro trenta giorni dall'avvenuto cambiamento. Sono inoltre consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni rese.**

**Dichiaro che le notizie da me fornite in questo modulo ed i documenti ad esso allegati rispondono a verità e sono consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 D.P.R. 445/2000).**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### ● Mandato di assistenza e rappresentanza

Io sottoscritto delego il Patronato \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_ presso il quale eleggo domicilio (*ai sensi dell'art. 47 del codice civile*) a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente nei confronti dell'Inps per la trattazione della presente domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Timbro del patronato e firma dell'Operatore \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

(Art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali")

L'Inps con sede in Roma, via Ciro il Grande, 21, in qualità di Titolare del trattamento, la informa che tutti i dati personali che la riguardano, compresi quelli sensibili e giudiziari, raccolti attraverso la compilazione del presente modulo, saranno trattati in osservanza dei presupposti e dei limiti stabiliti dal Codice, nonché dalla legge e dai regolamenti, al fine di svolgere le funzioni istituzionali in materia previdenziale, fiscale, assicurativa, assistenziale e amministrativa su base sanitaria.

Il trattamento dei dati avverrà, anche con l'utilizzo di strumenti elettronici, ad opera di dipendenti dell'Istituto opportunamente incaricati e istruiti, attraverso logiche strettamente correlate alle finalità per le quali sono raccolti; eccezionalmente potranno conoscere i suoi dati altri soggetti, che forniscono servizi o svolgono attività strumentali per conto dell'Inps e operano in qualità di Responsabili designati dall'Istituto.

I suoi dati personali potranno essere comunicati, se strettamente necessario per la definizione della pratica, ad altri soggetti pubblici o privati, tra cui Istituti di credito o Uffici Postali, altre Amministrazioni, Enti o Casse di previdenza obbligatoria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e la mancata fornitura potrà comportare impossibilità o ritardi nella definizione dei procedimenti che la riguardano.

L'Inps la informa, infine, che è nelle sue facoltà esercitare il diritto di accesso previsto dall'art. 7 del Codice, rivolgendosi direttamente al direttore della struttura territorialmente competente all'istruttoria della presente domanda; se si tratta di una agenzia, l'istanza deve essere presentata al direttore provinciale o subprovinciale, anche per il tramite dell'agenzia stessa.



## **Richiesta anticipazione TFR esattoriali per spese sanitarie**

**Alla domanda è necessario allegare la seguente documentazione:**

### **Spese mediche già sostenute**

- copia di un documento di identità personale
- copia del tesserino del codice fiscale
- questionario fiscale compilato e sottoscritto dal datore di lavoro
- dichiarazione dell'azienda attestante lo stato di servizio del lavoratore e la sua condizione di dipendente dell'azienda all'atto della presentazione della domanda di anticipazione del TFR
- fatture di spesa quietanzate di data non anteriore a sei mesi dalla richiesta
- certificato rilasciato dalle competenti strutture pubbliche, attestante la straordinarietà della terapia e/o dell'intervento cui le spese sanitarie si riferiscono

### **Spese mediche da sostenere**

- copia di un documento di identità personale
- copia del tesserino del codice fiscale
- questionario fiscale compilato e sottoscritto dal datore di lavoro
- dichiarazione dell'azienda attestante lo stato di servizio del lavoratore e la sua condizione di dipendente dell'azienda all'atto della presentazione della domanda di anticipazione del TFR
- fatture di spesa quietanzate di data non anteriore a sei mesi dalla richiesta (se presenti)
- certificato rilasciato dalle competenti strutture pubbliche, attestante la straordinarietà della terapia e/o dell'intervento cui le spese sanitarie si riferiscono
- preventivi di spesa redatti dalle strutture sanitarie prescelte o da colui il quale eseguirà la terapia o l'intervento, nonché delle spese complementari essenziali (spese di viaggio e di soggiorno per l'interessato o per eventuali accompagnatori)