

All'Ufficio competente dell'INAIL
di _____

Oggetto: Istanza di accesso al beneficio del fondo per i familiari degli studenti vittime di infortuni durante e/o in occasione delle attività formative e interventi di revisione dei percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento. (ai sensi dell'articolo 17 del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 luglio 2023, n. 85)

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____, il _____ residente nel
Comune di _____ in via
_____, n. _____ Cap
_____ C.F. _____ recapito
telefonico _____ e -mail _____ in qualità di (soggetto
beneficiario o soggetto delegato o rappresentante legale o
altro) _____

SOGGETTO BENEFICIARIO

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)

Signor/ra _____ nato/a a _____
_____, il _____ resi-dente nel
Comune di _____ in via
_____, n. _____ Cap
_____ C.F. _____
recapito telefonico _____ e-mail _____

IN QUALITÀ DI FAMILIARE *(specificare il titolo di parentela ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Ministero del lavoro e delle politiche sociali 25 settembre 2023)*

del Signor/ra _____ nato/a a _____
_____, il _____ residente nel
Comune di _____ in via
_____, n. _____ Cap
_____ C.F. _____ iscritto presso l'Istituto
scolastico/Università _____ sito in _____,
via _____ n. _____, CAP _____, deceduto/a in
data _____ per _____ infortunio _____
presso _____ durante e/o in
occasione "delle attività formative e interventi di revisione dei percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento" (ai sensi dell'articolo 17 del decreto legge 4 maggio 2023, n. 48, conv. con modif. dalla legge 3 luglio 2023, n. 85)"

CHIEDE

di accedere al beneficio di cui all'articolo 17 del decreto-legge 4 maggio 2023, n. 48, conv. con modif. dalla legge 3 luglio 2023, n. 85.

DICHIARA

Che gli altri familiari aventi diritto in concorso al beneficio ai sensi dell'articolo 3 del del Decreto Ministero del lavoro e delle politiche sociali 25 settembre 2023 sono i seguenti:

cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Rapporto di parentela con il deceduto	Firma per accettazione del beneficio spettante pro quota e per delega alla riscossione

Di essere a conoscenza che la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni sopra riportate, comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato ai sensi dell'articolo 75 del d.P.R. n. 445/2000 nonché la responsabilità penale ai sensi dell'art. 76 del medesimo d.P.R. n.445/2000.

Di essere informato, ai sensi del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)", che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Ai fini dell'accredito del beneficio di cui all'articolo 1 del Decreto Ministero del lavoro e delle politiche sociali 25 settembre 2023 si comunicano i seguenti dati IBAN:

Luogo e data

Il dichiarante