

## Domanda cluster 2

### FONDO DI SOLIDARIETA' ATTIVATO DALLA FNOPI “#NoiConGliInfermieri”

#### DOMANDA DI BENEFICIO “INFERMIERI AMMALATI”

*(La domanda di accesso al beneficio può essere presentata solo da infermieri iscritti ad un Ordine provinciale delle professioni infermieristiche o da pensionati ex iscritti all'albo di appartenenza rientrati in servizio senza obbligo di iscrizione all'albo)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
recapito PEC \_\_\_\_\_  
recapito e-mail \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Iscritto all'OPI di \_\_\_\_\_ dall'anno \_\_\_\_\_ (numero di iscrizione \_\_\_\_\_)  
OPPURE  
Pensionato cancellato dall'OPI di \_\_\_\_\_ dall'anno \_\_\_\_\_ rientrato in servizio il \_\_\_\_\_  
Dichiara di aver contratto il COVID – 19 e di essere stato ricoverato / o in quarantena obbligatoria dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e pertanto

#### CHIEDE

di poter accedere al beneficio previsto dalla FNOPI per “INFERMIERI AMMALATI” che prevede **il rimborso per le spese mediche/riabilitative/di supporto psicologico sostenute dopo la dimissione, ovvero dopo l'ultimo tampone negativo ed entro 6 mesi dalla guarigione sino ad un massimo di euro 10.000,00.**

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,**

#### DICHIARA

- di essere iscritto all'OPI di \_\_\_\_\_
- OVVERO
- di essere pensionato, rientrato temporaneamente in servizio, ex iscritto all'OPI di \_\_\_\_\_
  - di svolgere/aver svolto la propria attività lavorativa nel periodo di riferimento presso \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_
  - di essere stato ricoverato per COVID-19 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- Ovvero
- di essere stato in isolamento per COVID-19 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - di aver sostenute le seguenti spese medico –riabilitative/di supporto psicologico nei sei mesi successivi alla data della dimissione ovvero dalla data dell'ultimo tampone negativo:  
*(indicare sinteticamente il tipo di spesa e il numero di ricevuta o fattura di riferimento)*
- |         |                  |
|---------|------------------|
| - _____ | - per euro _____ |
| - _____ | - per euro _____ |
| - _____ | - per euro _____ |
| - _____ | - per euro _____ |

- \_\_\_\_\_ - per euro \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ - per euro \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ - per euro \_\_\_\_\_

TOTALE RIMBORSO RICHIESTO Euro \_\_\_\_\_

• di voler ricevere il presente beneficio economico a mezzo bonifico bancario sul conto corrente bancario a sé intestato IBAN \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente domanda non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto e che la FNOPI procederà al controllo dei dati dichiarati e alla acquisizione dell'eventuale ulteriore documentazione necessaria.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare che, successivamente al controllo di regolarità amministrativa della domanda la FNOPI procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto a mezzo bonifico bancario entro 30 giorni dalla positiva verifica di regolarità amministrativa.

Il/La sottoscritto/a autorizza la FNOPI al trattamento dei dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda certificazione medica attestante la malattia (*certificato di dimissioni struttura sanitaria attestante la malattia/certificato del medico ASL attestante la malattia /attestazione esito tamponi sia positivi che negativi*)**

**Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda i seguenti documenti di spese sanitarie/riabilitative/di supporto psicologico dichiarando che la copia è conforme all'originale in suo possesso:**

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda la fotocopia di un documento in corso di validità.**

Data

Firma

La FNOPI si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

**Per informazioni e chiarimenti si può contattare la FNOPI al numero dedicato 0646200147**