



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA  
Sede legale: Via del Vespro n.129 – 90127 Palermo  
CF e P.IVA: 05841790826

## MODELLI PER LA RICHIESTA DI SUSSIDIO

**(ART. 3 del Regolamento interventi a favore del personale approvato con delibera n. 708 del 10.09.2013 è modificato con Delibera del Direttore Sanitario n. 441 del 27/05/2020)**

**MOD. 3A** Art. 3, comma 1, lettera a): sussidio per attrezzature e/o supporti acquistati nell'anno 2024 per il dipendente e/o per i familiari conviventi con patologie invalidanti, comprovate da apposita certificazione;

**MOD. 3B** Art. 3, comma 1, lettera b): nucleo familiare con componenti nell'anno 2024 soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico, grave debilitazione psicofisica, portatori di handicap gravi o in particolari condizioni di disagio personale, familiare e sociale.

**MOD. 3C** Art. 3 , comma 1, lettera c): contributo per decesso di un familiare entro il primo grado, avvenuto nell'anno 2023

**NB.:** - scegliere e utilizzare soltanto i modelli relativi alla richiesta di sussidio pertinente;

- il contributo massimo variabile, a titolo di sussidio, COMPLESSIVAMENTE erogabile per le ipotesi previste dall'art. 3 del regolamento approvato con delibera del Commissario Straordinario n. **708** del **10/09/2013** è modificato con Delibera del Direttore Sanitario n. **441 del 27/05/2020** è pari a **€ 1.000,00 + 1.000,00 di spese** ed è riservato ai dipendenti senza limite di reddito.

**Per tutti i predetti casi la relativa documentazione dovrà essere inserita in apposita busta chiusa con l'indicazione all'esterno: contiene documentazione per la richiesta di sussidio e i dati anagrafici del dipendente che ha presentato la domanda.**

**Mod 3A**

**RICHIESTA SUSSIDIO per utilizzo di attrezzature e/o supporti acquistati nell'anno 2024 per il dipendente**

**e/o per i familiari conviventi con patologie invalidanti, comprovate da apposita certificazione (art. 3, comma 1, lettera a).**

**richiesta di sussidio relativa al familiare \_\_\_\_\_ documentazione allegata:**

1a) copia ricevuta/dichiarazione di versamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_  
intestata a \_\_\_\_\_

1b) copia ricevuta/dichiarazione di versamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_  
intestata a \_\_\_\_\_

1c) copia ricevuta/dichiarazione di versamento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_  
intestata a \_\_\_\_\_

totale spesa € \_\_\_\_\_

2) certificazione medica rilasciata da struttura pubblica

Le copie dei documenti comprovanti le spese sostenute devono essere dichiarate autentiche dal dipendente, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000

3) altro \_\_\_\_\_

**mod. 3B**

**RICHIESTA SUSSIDIO per nucleo familiare con componenti soggetti a fenomeni di tossicodipendenza, alcolismo cronico, grave debilitazione psicofisica, portatori di handicap gravi o in particolari condizioni di disagio personale ( art. 3, comma 1, lett. b)**

**richiesta di rimborso relativa al familiare \_\_\_\_\_ documentazione allegata:**

1) certificazione medica rilasciata da struttura pubblica.

Copie dei documenti comprovanti eventuali spese sostenute devono essere dichiarate autentiche dal dipendente, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000

2) altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**richiesta di sussidio per decesso del familiare** \_\_\_\_\_.

**documentazione allegata:**

- 1) certificazione di morte del congiunto;
- 2) dichiarazione attestante il grado di parentela con il defunto.

Copie dei documenti comprovanti eventuali spese sostenute devono essere dichiarate autentiche dal dipendente, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000

3) altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_