



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

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

MODELLI PER LA RICHIESTA DI PARZIALE RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE DAL DIPENDENTE NELL'ANNO 2024

(ART. 2 del Regolamento interventi a favore del personale approvato con deliberazione n. 708 del 10/09/2013 è modificato con Delibera del Direttore Sanitario n. 441 del 27/05/2020)

MOD. 1A Art. 2, punto 1: spese per iscrizione a corsi di studio universitari e post universitari, scuole pubbliche di istruzione secondaria e/o di qualificazione professionale, scuole non statali paritarie di istruzione secondaria (**esclusivamente per i dipendenti**), scuole pubbliche o private: primarie materne o infantili.

MOD. 1B Art. 2, punto 5: spese per l'acquisto di libri di testo previsti dai relativi corsi di studio.

MOD. 2 Art. 2, punto 1,2,3: spese sostenute per acquisto di lenti e occhiali da vista (certificate dal medico), protesi dentarie, controlli per la promozione della prevenzione approvato dalla conferenza Stato-Regione del 23/03/2005, spese sostenute per patologie oncologiche, dialisi ictus comprovate con appositi certificati medici.

NB.: - scegliere e utilizzare soltanto i modelli relativi alla richiesta di rimborso pertinente alle spese sostenute;
- per ogni componente del nucleo familiare occorre redigere più modelli;
- il rimborso massimo per nucleo familiare **COMPLESSIVAMENTE** erogabile per le ipotesi previste dall'art. 2 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 € 800,00 ed è riservato per i dipendenti con reddito percepito dal nucleo familiare non superiore ad € **25.000,00**, importo che si deve calcolare dividendo l'importo del reddito imponibile complessivo diviso il numero dei componenti.

mod. 1A

**SPESE PER ISCRIZIONE A CORSI DI STUDIO: Art. 2, punto 1)
(barrare le caselle)**

- corsi universitari e post universitari presso istituzioni pubbliche
- scuole pubbliche di istruzione secondaria e/o di qualificazione professionale
- scuole non statali paritarie di istruzione secondaria, (**esclusivamente per i dipendenti**)
- scuole pubbliche o private, primarie, materne o infantili

Contributo fino al 50% della spesa sostenuta e comunque max **€ 300,00 (Mod.1A+Mod.1B)** - rimborso richiesto:
€ _____

richiesta di rimborso 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) da allegare, inoltre, dichiarazione resa dal dipendente, ai sensi dall'art. 46 del DPR n. 445/2000, attestante l'iscrizione del familiare (o del dipendente medesimo) all'anno di corso 2024 della scuola/università cui sono intestati i versamenti;

3) altro _____

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

SPESE PER ACQUISTO LIBRI DI TESTO: Art. 2, punto 5)

mod. 1B

rimborso pari al 50% della spesa sostenuta e comunque max **€ 300,00 (1A+1B)** - rimborso richiesto: € _____

richiesta di rimborso relativa al familiare _____ **documentazione allegata:**

1a) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

1b) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

1c) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

1d) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

1e) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

totale spesa € _____

2) elenco dei libri di testo del corso di studi frequentato dal dipendente/familiare, rilasciato dalla struttura scolastica/universitaria;

3) da allegare, inoltre, dichiarazione resa dal dipendente, ai sensi dall'art. 46 del DPR n. 445/2000, attestante l'iscrizione del dipendente/familiare all'anno di corso **2024** della scuola/università _____ e che la spesa per la quale si chiede il contributo, è relativa ai testi elencati nella dichiarazione rilasciata dalla struttura scolastica/universitaria;

4) altro _____

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

mod. 2

SPESA PER PRESTAZIONI ASSISTENZIALI: art. 2, punto 1,2,3)

Rimborso della spesa sostenuta e comunque non superiore a (**barrare le caselle**):

acquisto di lenti e occhiali da vista

max € **200,00** per nucleo familiare

<input type="checkbox"/> ipotesi dentarie	max € 300,00 per nucleo familiare
<input type="checkbox"/> controlli per la prevenzione (pap-test,mammografia,colonscopia)	max € 200,00 per nucleo familiare
<input type="checkbox"/> spese sostenute per patologie oncologiche, dialisi ictus comprovate con appositi certificati medici	max € 300,00 per nucleo familiare

Il rimborso massimo per nucleo familiare complessivamente erogabile per le ipotesi previste dall'art. 2 del Regolamento emanato con delibera del Commissario Straordinario n. **708** del **10/09/2013** è modificato con Delibera del Direttore Sanitario n. **441** del **27/05/2020__ (MOD 1A + 1B + 2)** è pari a € **800,00**

richiesta di rimborso relativa al familiare n. _____ documentazione allegata:

1a) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

1b) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

1c) copia documento fiscale n. _____ del _____ importo € _____

totale spesa € _____

2) prescrizione specialistica;

3) altro _____

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