

AMMISSIONE AI SOGGIORNI IN SOSTITUZIONE DI RINUNCIATARI

A: PERSOCIV - 3° REP. 6^ DIV.

Servizio Assistenza e Benessere del Personale
 Viale dell'Università, 4 - 00185 - ROMA
 e-mail: persociv@persociv.difesa.it
 postacert: persociv@postacert.difesa.it

Oggetto: Basi logistiche nazionali. Richiesta di ammissione in sostituzione di eventuali rinunciatari.

Estremi del richiedente

Cognome _____	Nome _____	Data di nascita _____																					
CODICE FISCALE DEL RICHIEDENTE: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">In servizio</td> <td style="text-align: center; width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">In quiescenza</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Coniuge superstite di dipendente o di ex dipendente</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	In servizio	<input type="checkbox"/>	In quiescenza	<input type="checkbox"/>	Coniuge superstite di dipendente o di ex dipendente	<input type="checkbox"/>
In servizio	<input type="checkbox"/>																						
In quiescenza	<input type="checkbox"/>																						
Coniuge superstite di dipendente o di ex dipendente	<input type="checkbox"/>																						

Estremi dell'ex dipendente civile

Cognome _____	Nome _____	Data di nascita _____
---------------	------------	-----------------------

Ente di servizio (se in quiescenza indicare l'ultimo Ente di servizio) _____

Il/la sottoscritto/a chiede di poter essere ammesso/a, in sostituzione di eventuali rinunciatari, ad uno dei seguenti soggiorni in ordine di priorità:

PRIORITA'	LOCALITA'	CODICE LOCALITA'	TURNO	TURNO BREVE (indicare il periodo)
1				
2				
3				

Numero _____ stanza/e con complessivi numero _____ letti così distribuiti:

1^ stanza con n° letti _____

2^ stanza con n° letti _____

PERSONE PER LE QUALI SI CHIEDE L'AMMISSIONE AL SOGGIORNO

N°	COGNOME E NOME	Data di nascita	Dipendente Difesa (barrare la casella con la X)	Relazione di parentela con il richiedente: Coniuge, Figlio/a, Familiari, Convivente more-uxorio (solo se presenti nello stato di famiglia)
1	RICHIEDENTE		X	//////////
2				
3				
4				
5				

Si allega la dichiarazione sostitutiva di certificazione comprovante lo stato di famiglia (per coloro che non hanno prodotto precedente domanda).

Recapito Tel. _____ Fax. _____ Cell. _____

_____, li _____

 Firma del richiedente

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Rilasciata ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445. "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa")

Il/la sottoscritto/a nat ()
 il residente a () in Via
 n° C.A.P., consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite
 dalla legge per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

1 che il/la sottoscritto/a si trova in una delle seguenti condizioni (barrare con **X** la casella che interessa)

a) dipendente civile **in servizio** del Ministero della Difesa;

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

b) ex dipendente civile **in quiescenza** del Ministero della Difesa;

c) vedovo/a di dipendente o di ex dipendente civile del Ministero della Difesa di seguito indicato:

Nome Cognome Data di nascita

2 che all'Anagrafe del Comune di (.....) risulta registrato il proprio stato di famiglia di seguito indicato:

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela	Codice fiscale
1		Dichiarante	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Luogo e data della dichiarazione

IL DICHIARANTE

.....
 (firma per esteso da non autenticare)

Le dichiarazioni rese sono soggette a controllo. Alla difformità riscontrata rispetto alle risultanze dei registri anagrafici conseguirà obbligatoriamente:

- 1) la decadenza dal beneficio richiesto;
- 2) la segnalazione all'autorità giudiziaria per false dichiarazioni.