**MRR83 / 12**

***(Modulo richiesta rimborso Indennità Rilascio Alloggio)***

Spett.le CASSA PORTIERI
C.so Trieste, 10
00198 ROMA

**DATI RAPPRESENTANTE LEGALE**

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di:

❒ **Proprietario** ❒ **Amministratore del condominio** .....

❒ **Legale rappresentante della Società Proprietaria / Amministratrice** (cancellare ciò che non interessa):

Ragione sociale: .....

Indirizzo: (Via/P.zza) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

**DATI IMMOBILE**

stabile sito in: (Via/P.zza) ..... n. ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

**DATI RIFERIMENTO AMMINISTRATIVO**

con recapito ai fini di questa pratica in (da compilare se diverso da quello indicato sopra):

c/o ..... Via/P.zza ..... CAP .....

Località: ..... Prov. .....

Tel ..... / ..... Fax ..... / ..... e@mail .....

## C H I E D E

ai sensi dell'Art.8.3 del Regolamento del Fondo il **rimborso dell'indennità di rilascio alloggio** erogata in conformità a quanto stabilito dall'Art.123, a seguito del decesso del sotto indicato dipendente inquadrato nel profilo professionale |____|

DIPENDENTE: COGNOME ..... NOME .....

CODICE FISCALE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| DATA ASSUNZIONE ..... / ..... / .....

DATA DEL DECESSO |___|/|___|/|_____| DATA EFFETTIVA DI RILASCIO DELL'ALLOGGIO |___|/|___|/|_____|

INDENNITÀ DI RILASCIO ALLOGGIO DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO: €_____,___

Ai fini della presente domanda si dichiara quanto segue

**DICHIARAZIONE DI MANLEVA**
**(Art.16.3 lett e del Regolamento del Fondo)**

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria personale responsabilità, di aver corrisposto l'indennità di rilascio alloggio alle persone da me indicate nell'apposito documento allegato conviventi nell'alloggio rilasciato da almeno 6 mesi precedenti l'avvenuto decesso con piena manleva della CASSA PORTIERI al riguardo.

Data..... Firma.....

**Documentazione allegata e leggibile** (barrare le relative caselle)

|a| Certificato di morte del dipendente |b| Stato di famiglia del dipendente |6| Copia della ricevuta di pagamento dei contributi di assistenza contrattuale (quietanza F24) degli ultimi 3 mesi precedenti il mese in cui è avvenuto il decesso

|d| Fotocopia comprovante l'avvenuto pagamento agli aventi diritto dell'indennità di rilascio alloggio contenente anche l'autorizzazione ai sensi della legge sulla privacy (su modulo conforme)

|e| (Altro) .....

**MODALITÀ DI ACCREDITO DEL RIMBORSO**

❒ Bonifico bancario sul c/c IBAN:|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|