



All'Associazione  
Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza  
a favore dei Ragionieri e Periti commerciali  
Via Pinciana, 35 - 00198 Roma  
**AREA PRESTAZIONI - ASSISTENZA**

Data .....

## DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL RIMBORSO SPESE PER ASSISTENZA DOMICILIARE

(Articolo 5-ter del Regolamento dei trattamenti assistenziali e di tutela sanitaria integrativa)

Da inviare tramite raccomandata a/r o via e-mail pec a: assistenza@pec.cassaragionieri.it

### IO SOTTOSCRITTO / A

MATRICOLA  Cognome ..... Nome .....  
Nato/a il ..... a ..... Prov. ....  
Residente in Via/Piazza .....  
Comune ..... Prov. .... CAP .....  
Con studio in Via/Piazza .....  
Comune ..... Prov. .... CAP .....  
Telefono ..... Cellulare ..... Fax .....  
E-mail ..... E-mail PEC .....  
In qualità di: ISCRITTO CNPR PENSIONATO CNPR

### CHIEDO

trovandomi nelle condizioni previste all'Art. 5-ter del Regolamento per i trattamenti assistenziali e di tutela sanitaria integrativa,  
**il riconoscimento del rimborso spese per l'assistenza domiciliare per la persona non autosufficiente di seguito indicata:**

#### ME MEDESIMO

#### CONIUGE

Sig./Sig.ra .....

nato/a il: ..... Cod. Fiscale: .....

#### FIGLIO/A

Sig./Sig.ra .....

nato/a il: ..... Cod. Fiscale: .....

#### GENITORE

Sig./Sig.ra .....

nato/a il: ..... Cod. Fiscale: .....

Dichiaro infine che la media del reddito complessivo del nucleo familiare dei tre anni precedenti l'evento è pari a € .....

**ALLEGRO**

- Copia (*fronte e retro*) di un documento di identità o di riconoscimento in corso di validità.
- Certificato di stato di famiglia del richiedente rilasciato in data non antecedente a tre mesi contenente il nominativo della persona destinataria dell'assistenza domiciliare/infermieristica (*certificato non sostituibile da autocertificazione*).
- Copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di tutti i componenti il nucleo familiare del richiedente.
- Copia della sentenza di separazione, se intervenuta.
- Certificazione medica, rilasciata da una struttura pubblica, idonea a comprovare l'impossibilità totale, permanente o temporanea, di poter effettuare da solo almeno tre dei seguenti quattro atti della vita quotidiana: lavarsi, nutrirsi, deambulare e vestirsi, della persona per la quale si chiede il contributo.
- Documentazione fiscale idonea, rilasciata dal personale infermieristico che ha prestato l'assistenza domiciliare, contenente il dettaglio della prestazione o il costo mensile o annuale.
- Copia del contratto di lavoro del collaboratore domestico.
- Copia delle ricevute di pagamento delle mensilità.
- Copia delle ricevute comprovanti il pagamento dei contributi previdenziali dovuti per il periodo oggetto della prestazione.

**CHIEDO**

che l'assegno venga corrisposto tramite accredito su conto corrente bancario o postale a me intestato:

Cognome e Nome: .....

IBAN:

Banca/Posta:

Agenzia:

Letta l'informativa artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei dati UE 2016/679 [\[link diretto al sito\]](#), rendo tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000), e mi impegno a comunicare, entro 30 giorni dal verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati.

Firma .....