



**ALLEGA I SEGUENTI CERTIFICATI**

1. Copia autorizzazione dell'impresa all'aspettativa non retribuita concessa al termine del periodo di comporta
2. Documentazione medica comprovante la gravità della patologia
3. Certificato INPS invalidità permanente

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR n. 445/2000, ai fini della richiesta sopra esposta,

**DICHIARA**

di aver compreso le conseguenze che ne derivano e che le stesse comporteranno la decadenza dei benefici richiesti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il richiedente autorizza la Cassa al trattamento dei dati personali e particolari, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, che sarà effettuato secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sul trattamento dei dati personali allegata e/o disponibile sul sito della rispettiva Cassa.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che le somme erogate dalla Cassa, a titolo di prestazione straordinaria in caso di gravi patologie, possono incidere sulla propria posizione fiscale o reddituale nonché eventuali benefici o agevolazioni riconosciuti da Enti pubblici o privati.*

*Ogni conseguenza derivante dalla percezione della prestazione, sotto il profilo fiscale o reddituale, resta esclusivamente a carico del beneficiario, con espressa esclusione di qualsiasi responsabilità della Cassa.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_