



Ministero della Giustizia

ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
Sezione II – Servizio Prestazioni Istituzionali (assistenziali – sociali)



Al Sig. Capo del Dipartimento
della Giustizia minorile e di comunità

Ai Signori Direttori Generali del Dipartimento
dell'Amministrazione Penitenziaria

Ai Signori Provveditori Regionali
dell'Amministrazione Penitenziaria

Ai Signori Direttori degli Istituti penitenziari

Ai Signori Direttori delle Scuole di formazione e degli Istituti di Istruzione

All'Ufficio I – Segreteria Generale – UCD
per l'inoltro agli Uffici di Staff

Alla Cassa delle Ammende

All'Ufficio Relazioni sindacali
per l'inoltro al Comitato di indirizzo generale dell'Ente di assistenza
SEDE

Oggetto: Sussidio per gli appartenenti al Corpo di Polizia penitenziaria e per il personale dell'Amministrazione penitenziaria che hanno contratto il virus COVID-19 – NUOVO MODULO DI RICHIESTA PER L'ANNO 2021.

A seguito di quanto deliberato dal CdA nella seduta del 21 dicembre 2020, con riferimento alla circolare GDAP.15/04/2020.0123503 inerente l'oggetto, si rappresenta che a partire dal 7 gennaio 2021 per la richiesta di sussidio Covid-19 dovrà essere adottato il MODULO DI RICHIESTA SUSSIDIO COVID-19 – anno 2021 che si allega, in sostituzione del MODULO DI RICHIESTA SUSSIDIO COVID-19 – anno 2020.

Il nuovo modulo è pubblicato sul sito www.enteassistenza.it nella sezione Circolari e Modulistica.

Si confida in una attenta collaborazione.

IL SEGRETARIO
Mario Lisi



MODULO DI RICHIESTA SUSSIDIO COVID-19 – anno 2021

(deve essere compilato in stampatello in ogni sua parte)

RICHIEDENTE

COGNOME																																	
NOME																COD. FISC.																	
DATA DI NASCITA		/		/		LUOGO DI NASCITA																											
QUALIFICA																											MATR.						
SEDE DI DERIVIZIO																																	

CHIEDE UN SUSSIDIO per INFEZIONI DIAGNOSTICATE COVID-19

Dichiara sotto la propria responsabilità

ai sensi dell'art. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE) e degli artt. 75 e 76 (DICHIARAZIONI MENDACI) D.Lgs. 445/2000

di essere stato diagnosticato positivo al Covid-19 e posto da operatore sanitario:

- IN ISOLAMENTO presso la propria abitazione o altra "sede protetta"
Indirizzo _____
nel periodo dal _____ al _____
- IN STATO DI RICOVERO presso l'Istituto di Cura _____
nel periodo dal _____ al _____
- IN STATO DI RICOVERO presso la terapia intensiva o sub-intensiva dell'Istituto di Cura
nel periodo dal _____ al _____
- DI AVERE USUFRUITO del TRASPORTO IN AMBULANZA per dimissioni dall'Istituto di Cura _____
sostenendo una spesa di euro _____

A completamento di quanto dichiarato allega:

- CERTIFICAZIONE SSN/ASL ATTESTANTE DI AVER CONTRATTO L'INFEZIONE COVID-19
- CERTIFICAZIONE MEDICA DI RICOVERO PRESSO L'ISTITUTO DI CURA
- CERTIFICAZIONE MEDICA DI RICOVERO presso la terapia intensiva o sub-intensiva dell'Istituto di Cura
- COPIA DELLA FATTURA ATTESTANTE LA SPESA SOSTENUTA PER IL TRASPORTO IN AMBULANZA

Codice IBAN _____

Dichiara, altresì di aver preso visione della circolare relativa ai sussidi Covid-19 – barrare la casella

(Luogo e data) _____

(Firma) _____

(timbro lineare della Direzione)

Ai fini dell'erogazione del sussidio, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR "Codice in materia di protezione dei dati personali", nonché alla memorizzazione degli stessi nel database dell'Ente.

(Luogo e data)

(Firma)

Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esame della richiesta e pertanto l'erogazione del sussidio.