

Domanda cluster 1 – coniuge, unito civilmente, convivente more uxorio

TRUST “UNITI OLTRE LE ATTESE” ONLUS

DOMANDA AVANZATA DA CONIUGE/UNITO CIVILMENTE/CONVIVENTE MORE UXORIO

ANNO 2023

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il
____/____/____ residente in Italia a _____, Via/Piazza
_____, n. _____, recapito PEC _____ recapito e-mail
_____ recapito telefonico _____ Codice Fiscale
_____ In qualità di coniuge/unito civilmente/ convivente dell’infermiere deceduto
Nome e cognome _____ nato/a a _____ (____) il ____/____/____
deceduto/a a _____ (____) il ____/____/____ Già iscritto all’OPI di

Dichiara che il proprio coniuge/unito civilmente / convivente è deceduto a causa del COVID - 19 e di trovarsi in un particolar stato di bisogno, pertanto

CHIEDE

di poter avere un sostegno da parte del Trust “Uniti Oltre le Attese” Onlus come previsto dal Regolamento pubblicato presso il sito. A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA

- che ero coniugato/unito civilmente con il *de cuius* alla data del decesso
- che ero convivente more uxorio con il *de cuius* alla data del decesso
- che il *de cuius* alla data del decesso non era coniugato
- che il *de cuius* alla data del decesso era coniugato dal _____ con _____
- che il *de cuius* alla data del decesso era vedovo dal _____ di _____
- che il *de cuius* alla data del decesso era divorziato dal _____ da _____

(nel caso in cui il compilante sia il convivente more uxorio, genitore dei figli del de cuius e il de cuius a momento del decesso risultasse sposato con altra persona o unito civilmente allora vi invitiamo a compilare il modello 02)

- dalla relazione con il *de cuius* non sono nati figli / non sono stati adottati figli
- dalla relazione con il *de cuius* sono nati i seguenti figli / sono stati adottati i seguenti figli che sono a mio carico, che hanno una età uguale o minore ai 26 anni e che svolgono oggi un percorso di studi:

_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -

_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -

(a corredo di tale attestazione si deve produrre il certificato di nascita, lo stato di famiglia aggiornato e iscrizione al percorso di studi)

dalla relazione con il *de cuius* sono nati figli / sono stati adottati, con disabilità grave accertata ai sensi della L. 104/92

_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -

(a corredo di tale attestazione si deve produrre certificazione per ogni soggetto sottoposto alla L. 104/92)

io stesso/a sono un disabile grave, con disabilità accertata ai sensi della L. 104/92

(a corredo di tale attestazione si deve produrre certificazione ai sensi della L. 104/92)

di sostenere spese per l'affitto e/o le spese per pagamento del mutuo per la prima casa di abitazione

(a corredo di tale attestazione si deve produrre contratto di affitto o di mutuo)

di essere disoccupato o in cassa integrazione

(a corredo di tale attestazione si deve produrre documento che attesti l'attuale stato di disoccupazione o di cassa integrazione)

i seguenti soggetti del nucleo familiare nel corso dell'anno hanno avuto necessità di un sostegno psicologico

_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -

(a corredo di tale attestazione si deve produrre certificazione che attesti che il soggetto nel corso dell'anno 2023 ha sostenuto spese a seguito della necessità di un sostegno psicologico)

i seguenti soggetti del nucleo familiare nel corso dell'anno hanno avuto necessità di assistenza medico sanitaria

_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -
_____ nato a _____ il _____ di anni _____ -

(a corredo di tale attestazione si deve produrre certificazione che attesti che il soggetto nel corso dell'anno 2023 ha sostenuto spese a seguito della necessità di una assistenza medico sanitaria)

il mio ISEE ordinario ammonta ad Euro _____ (essendo presente un significativo scostamento rispetto mio ISEE ordinario, dichiaro che il mio ISEE corrente ammonta ad Euro _____)

(a corredo di tale attestazione occorre produrre l'ISEE ordinario e, in caso di significativo scostamento dall'ISEE ordinario, occorre produrre anche l'ISEE corrente)

di voler ricevere il possibile sostegno a mezzo bonifico bancario sul conto corrente bancario a sé intestato IBAN _____

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente domanda non fa acquisire alcun diritto al richiedente e che Bper Trust Company SpA, quale Trustee del Trust "Uniti oltre le Attese" Onlus procederà al controllo dei dati dichiarati e alla acquisizione dell'eventuale ulteriore documentazione necessaria.

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente domanda da parte del coniuge o dell'unito civilmente esclude automaticamente la domanda presentata dal convivente more uxorio per le richieste attinenti la sua persona. Può tuttavia proporre una richiesta autonoma per i suoi figli avuti con il *de cuius*.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare che, successivamente al controllo di regolarità della domanda, l'importo derivante dalla ripartizione tra i soggetti richiedenti, secondo quanto determinato da regolamento, sarà messo a disposizione entro 90 giorni dal termine della presentazione delle domande. a mezzo bonifico bancario.

Il/La sottoscritto/a allega, oltre alla documentazione sopra riportata, alla presente domanda i seguenti documenti dichiarando che la copia è conforme all'originale in suo possesso:

- **il certificato di decesso del coniuge/unito civilmente/convivente**
- **certificato medico attestante la causa del decesso da COVID-19**
- **fotocopia di un documento in corso di validità e copia del codice fiscale.**

Il/La sottoscritto/a dichiara di rilasciare al presente dichiarazione anche per i propri figli minorenni (se presenti).

Data Firma

Consenso del dichiarante ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (allegata consultabile in calce alla presente domanda) e

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR (nello specifico, dati relativi alla salute) dei propri dati ai fini della gestione della presente domanda, della connessa istruttoria e dell'erogazione del sostegno economico, in conformità a quanto previsto dall'informativa privacy sopra richiamata.

Data Firma _____

Consenso del dichiarante espresso in nome e per conto dei propri figli minori (se presenti) ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

[compilare la presente sezione solo ove risultino presenti figli minorenni in nome dei quali viene rilasciata la presente domanda]

- Il/La sottoscritto/a, in qualità di rappresentante legale del minore d'età _____
[nome e cognome del primo figlio minore d'età], nato/a a _____, il _____,
dichiara di aver letto e compreso l'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR
(consultabile in calce alla presente domanda) e, in nome e per conto del minore d'età come sopra
identificato/a,

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR (nello specifico, dati relativi alla salute) riferibili al predetto minore d'età, ai fini della gestione della presente domanda, della connessa istruttoria e dell'erogazione del sostegno economico, in conformità a quanto previsto dall'informativa privacy sopra richiamata.

- Il/La sottoscritto/a, in qualità di rappresentante legale del minore d'età _____
[nome e cognome del secondo figlio minore d'età], nato/a a _____, il _____,
dichiara di aver letto e compreso l'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR
(consultabile in calce alla presente domanda) e, in nome e per conto del minore d'età come sopra
identificato/a,

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR (nello specifico, dati relativi alla salute) riferibili al predetto minore d'età, ai fini della gestione della presente domanda, della connessa istruttoria e dell'erogazione del sostegno economico, in conformità a quanto previsto dall'informativa privacy sopra richiamata.

- Il/La sottoscritto/a, in qualità di rappresentante legale del minore d'età _____
[nome e cognome del terzo figlio minore d'età], nato/a a _____, il _____,
dichiara di aver letto e compreso l'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR
(consultabile in calce alla presente domanda) e, in nome e per conto del minore d'età come sopra
identificato/a,

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR (nello specifico, dati relativi alla salute) riferibili al predetto minore d'età, ai fini della gestione della presente domanda, della connessa istruttoria e dell'erogazione del sostegno economico, in conformità a quanto previsto dall'informativa privacy sopra richiamata.

Data Firma

Nel caso sia/siano presente/i figlio/i del dichiarante maggiorenni e capaci, questo/i sottoscrivono tale documento per completa adesione al suo contenuto ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.

445/2000, consapevole/i delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci, autorizzando l'eventuale accredito delle somme destinate al sostegno sull'IBAN sopra indicato.

	Data	Firma
_____ nato a _____ il _____	_____	_____
_____ nato a _____ il _____	_____	_____
_____ nato a _____ il _____	_____	_____

Consenso dei figli del dichiarante maggiorenni e capaci ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

[compilare la presente sezione solo ove risultino presenti figli del dichiarante maggiorenni e capaci]

- _____ *[nome e cognome del primo figlio del dichiarante maggiorenne e capace]*, come sopra identificato/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (consultabile in calce alla presente domanda) e

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR (nello specifico, dati relativi alla salute) a lui/lei stesso/a riferibili, ai fini della gestione della presente domanda, della connessa istruttoria e dell'erogazione del sostegno economico, in conformità a quanto previsto dall'informativa privacy sopra richiamata.

Firma del figlio del dichiarante maggiorenne e capace

- _____ *[nome e cognome del secondo figlio del dichiarante maggiorenne e capace]*, come sopra identificato/a, dichiara di aver letto e compreso l'informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (consultabile in calce alla presente domanda) e

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di cui all'art. 9 del GDPR (nello specifico, dati relativi alla salute) a lui/lei stesso/a riferibili, ai fini della gestione della presente domanda, della connessa istruttoria e dell'erogazione del sostegno economico, in conformità a quanto previsto dall'informativa privacy sopra richiamata.

Firma del figlio del dichiarante maggiorenne e capace

- _____ [nome e cognome del terzo figlio del dichiarante maggiorenne e capace], come sopra identificato/a, dichiara di aver letto e compreso l’informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR (consultabile in calce alla presente domanda) e

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di cui all’art. 9 del GDPR (nello specifico, dati relativi alla salute) a lui/lei stesso/a riferibili, ai fini della gestione della presente domanda, della connessa istruttoria e dell’erogazione del sostegno economico, in conformità a quanto previsto dall’informativa privacy sopra richiamata.

Firma del figlio del dichiarante maggiorenne e capace

Il/La sottoscritto/a allega, oltre alla documentazione sopra riportata, alla presente domanda i seguenti documenti dichiarando che la copia è conforme all’originale in suo possesso:

- fotocopia di un documento in corso di validità e copia del codice fiscale.

BPER Trust Company SpA, quale Trustee del Trust “Uniti oltre le attese” Onlus si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente. Tutta la documentazione necessaria deve pervenire esclusivamente alla casella mail: **trustonlus.infermieri@bper.it**

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (“GDPR”)

La presente informativa viene resa da BPER Trust Company SpA per fornire informazioni, ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR, in merito al perimetro e alle caratteristiche del trattamento dei dati personali nell’ambito del Trust multi-progetto “Uniti oltre le attese”, un’iniziativa benefica per il sostegno alle famiglie degli infermieri deceduti a causa di Covid, la cui progettualità è stata concordata con la FNOPI (Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche) e approvata dalla Direzione Regionale dell’Agenzia delle Entrate di Bologna ai fini dell’ottenimento della qualifica di Onlus.

Titolare del trattamento e responsabile della protezione dei dati

Il titolare del trattamento dei Suoi dati personali è BPER Trust Company SpA (di seguito, “BPER”, o “Titolare”), società interamente detenuta dal Gruppo BPER Banca SpA operante in qualità di Trustee del Trust “Uniti oltre le Attese” Onlus, con sede legale in Modena via San Carlo 8/20. Il Titolare è raggiungibile scrivendo al seguente indirizzo e-mail: info@bpertrustco.it

Il responsabile della protezione dei dati designato dal Titolare (di seguito, “Data Protection Officer” o “DPO”) è contattabile ai seguenti indirizzi:

- a mezzo e-mail, all’indirizzo: dpo.gruppobper@bper.it;
- via posta ordinaria, all’indirizzo: BPER Banca Spa – Ufficio Privacy e Data Protection, Via Ramelli 49 – 41122 Modena.

Categorie, tipi di dati oggetto di trattamento e fonte da cui hanno origine

I dati oggetto di trattamento, che vengono raccolti da BPER attraverso la modulistica cui la presente informativa è allegata, appartengono alla categoria dei dati comuni e alle categorie particolari di cui all’art. 9 del GDPR.

Nel dettaglio, tra i dati comuni il Titolare raccoglie e tratta:

- informazioni a carattere identificativo e anagrafico (ad es., nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, cittadinanza e altri dati contenuti nel documento di riconoscimento in corso di validità);
- dati di contatto (ad es., indirizzo di residenza, indirizzo e-mail e pec, numero di telefono cellulare e/o fisso);
- la Sua qualità di coniuge/unito civilmente/convivente more uxorio/genitore/figlio/tutore rispetto all’infermiere deceduto a causa del Covid-19;
- altre informazioni attinenti al Suo stato familiare e al Suo percorso di studi (ad es., certificato di nascita, lo stato di famiglia aggiornato, l’iscrizione al percorso di studi);
- laddove Lei abbia presentato la domanda di erogazione del beneficio economico in qualità di tutore, la documentazione attestante la Sua nomina a tutore;
- la Sua eventuale iscrizione all’Ordine delle Professioni Infermieristiche (“OPI”);
- informazioni relative alla Sua situazione lavorativa/occupazionale (ad es., documento che attesti l’attuale stato di disoccupazione o di cassa integrazione) e alla Sua situazione reddituale/patrimoniale (ad es., ISEE; contratto di mutuo; contratto di affitto);
- dati bancari (IBAN del conto corrente bancario a Lei intestato);
- ogni altra informazione desumibile dalla dichiarazione resa, per il tramite della apposita modulistica predisposta, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.

Tra i dati rientranti nelle categorie particolari di cui all’art. 9 del GDPR, il Titolare raccoglierà e tratterà informazioni relative alla Sua salute (ad es. eventuale e documentata sussistenza di disabilità gravi rilevanti ai sensi della L. 104/1992; eventuale e documentata necessità di sostegno psicologico o di assistenza medico-sanitaria nel corso dell’anno).

Con riferimento alla fonte da cui i suddetti dati personali hanno origine, si fa presente che gli stessi verranno raccolti prevalentemente presso di Lei attraverso la compilazione da parte Sua della apposita modulistica predisposta, recante dichiarazioni rese ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000. Si precisa, tuttavia, che in taluni casi, i Suoi dati personali potranno essere raccolti anche presso soggetti diversi da Lei, come avviene, ad esempio, nel caso in cui Lei sia minore d’età o incapace di agire e i Suoi dati vengano conferiti, mediante la compilazione della suddetta modulistica, dai Suoi genitori o dal Suo tutore, in qualità di Suoi rappresentanti legali.