

**ALLEGATO A**  
**MODULO DI RICHIESTA DELLA PRESTAZIONE SOSTEGNO STUDIO**

Da inviare al Fondo Sanedil all'indirizzo di posta elettronica sostegnostudio@fondosanedil.it

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Nome e Cognome _____		
Codice Fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Luogo di nascita _____	Data di nascita ____/____/____	
Indirizzo di residenza _____		
CAP _____	Comune _____	Provincia _____
Telefono _____	e-mail _____	
In qualità di <input type="checkbox"/> Genitore superstite <input type="checkbox"/> Tutore legale <input type="checkbox"/> Beneficiario maggiorenne		

**DATI DEL LAVORATORE DECEDUTO**

Nome e Cognome _____	
Codice Fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Impresa / Cantiere _____	
Data del decesso ____/____/____	Causa del decesso (infortunio sul lavoro): <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

**DATI DEL BENEFICIARIO**

Nome e Cognome _____	
Codice Fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Luogo di nascita _____	Data di nascita ____/____/____
Grado di parentela con il lavoratore <input type="checkbox"/> Figlio naturale <input type="checkbox"/> Figlio adottivo <input type="checkbox"/> Altro	
Attualmente iscritto a	
<input type="checkbox"/> Scuola secondaria di secondo grado <input type="checkbox"/> Istituto tecnico <input type="checkbox"/> Università <input type="checkbox"/> Altro	
Denominazione dell'Istituto/Università _____	
Anno di iscrizione ____/____	
Corso frequentato _____	

**COORDINATE BANCARIE PER L'ACCREDITO**

IBAN _____
Intestato a _____

#### **DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

- Documento di identità del richiedente e del beneficiario
- Stato di famiglia (storico) attestante il rapporto di parentela con il lavoratore deceduto
- Certificato di morte del lavoratore
- Provvedimento definitivo rilasciato dall' INAIL relativo all' infortunio mortale
- Certificazione scolastica/universitaria attestante l'iscrizione all'anno in Corso
- Estratto esami sostenuti (per studenti universitari)
- Attestazione di frequenza rilasciato dalla scuola secondaria di secondo grado

#### **DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritto/a con la sottoscrizione del presente modulo dichiara sotto la propria responsabilità che le informazioni fornite sono veritiere e che la documentazione allegata è conforme agli originali. Autorizza inoltre il Fondo Sanedil al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 – GDPR.

Luogo e Data

Firma del richiedente

---

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che le somme erogate dal Fondo Sanedil a titolo di prestazione sostegno studio possono incidere sulla propria posizione fiscale, reddituale o assistenziale, nonché su eventuali benefici o agevolazioni riconosciuti da enti pubblici o privati. Ogni conseguenza derivante dalla percezione della prestazione, sotto il profilo fiscale, contributivo o amministrativo, resta esclusivamente a carico del beneficiario, con espressa esclusione di qualsiasi responsabilità del Fondo Sanedil.

Luogo e Data

Firma del richiedente

---

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata