

Alla Federazione nazionale TSRM e PSTRP  
c.a. Presidente **Dott.ssa Teresa Calandra**

Via Magna Grecia 30/A, 00183 Roma  
[federazione@pec.tsrp.org](mailto:federazione@pec.tsrp.org)

## ALLEGATO 1

**Oggetto: domanda di sostegno economico in favore dei familiari degli iscritti agli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (TSRM e PSTRP) che, in conseguenza all'attività di servizio presentata, abbiano contratto una patologia alla quale sia conseguito il decesso per effetto diretto o come concausa del contagio SARS-CoV-2, ai sensi dell'art. 2 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 693 del 17 agosto 2020 e s.m.i. e della delibera del Consiglio nazionale della Federazione nazionale degli Ordini dei TSRM e PSTRP del 20 marzo 2021.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

*(indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'ottenimento del beneficio richiesto ed autocertificabili ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000)*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_;

codice fiscale \_\_\_\_\_;

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_;

recapito telefonico \_\_\_\_\_;

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, fa richiesta del beneficio di cui in oggetto, ed a tal fine

## DICHIARA

1. di essere:

- coniuge superstite non separato legalmente;
- convivente di fatto;
- figli legittimi, naturali, riconosciuti o riconoscibili, adottivi già conviventi con il defunto e inclusi nello stato di famiglia alla data del decesso;
- in mancanza dei soggetti di cui sopra, ai figli legittimi, naturali, riconosciuti o riconoscibili, adottivi fino al 18° anno di età; fino al 21° anno di età se studenti di scuola media superiore o professionale; fino al 26° anno d'età se studenti universitari; in caso di maggiorenni inabili finché dura l'inabilità;
- genitori naturali o adottivi;
- fratelli e sorelle se a carico o conviventi con il deceduto e presenti nello stato di famiglia al momento del decesso;

del/la defunto/a (nome) \_\_\_\_\_ (cognome) \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e deceduto/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, Ordine territorialmente competente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

che svolgeva la seguente professione di: \_\_\_\_\_

presso la struttura \_\_\_\_\_, dove  
prestava attività di contenimento e gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 ed ha contratto una patologia alla  
quale sia conseguita la morte per effetto diretto o "come concausa" del contagio da SARS-CoV-2;

2. che il nucleo familiare per il quale si chiede il beneficio è così composto:

**da compilare se i COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE ERANO CONVIVENTI CON IL DEFUNTO E INCLUSI NELLO STATO DI FAMIGLIA ALLA DATA DEL DECESSO:**

- nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; grado di parentela con il  
defunto \_\_\_\_\_;

- nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; grado di parentela con il defunto \_\_\_\_\_;
- nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; grado di parentela con il defunto \_\_\_\_\_;
- nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; grado di parentela con il defunto \_\_\_\_\_;
- nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_; grado di parentela con il defunto \_\_\_\_\_;

**Alla presente allega:**

- Copia del documento d'identità in corso di validità;
- Copia conforme all'originale del certificato di decesso del coniuge/convivente/genitore/figlio;
- Copia conforme all'originale del certificato medico attestante la causa del decesso da SARS-CoV-2, oppure cartella clinica, oppure scheda di morte Istat;

- 3.** che l'accredito dell'eventuale beneficio riconosciuto avvenga sul seguente conto corrente, di cui si riporta il codice IBAN:

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole delle responsabilità penali, derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici concessi sulla base di una dichiarazione non veritiera, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

La dichiarazione è presentata unitamente a copia fotostatica del documento di identità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2020.

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_