

ALLEGATO B

Alla Regione Puglia
Servizio Politiche di benessere sociale e p.o.
Ufficio Politiche per le persone, le famiglie e le p.o.
Viale dei Caduti di tutte le guerre, 15
70126 Bari

RICHIESTA DI ACCESSO AL FONDO DI SOLIDARIETA' AI FAMILIARI DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI DECEDUTI A CAUSA DI INCIDENTI NEI LUOGHI DI LAVORO (L.R. 25.02.2010, n. 1)

Con la presente, il sottoscritto _____ Dirigente/Preposto dell'Ufficio _____, del COMUNE DI _____, preso atto:

- che in data _____ è occorso un infortunio mortale sul luogo di lavoro ubicato nel territorio comunale ai danni di Sig.ra/Sig. _____;
- che in data _____, nella qualità di _____ (richiedente delegato/beneficiario del contributo), il/la Sig./Sig.ra _____ ha presentato istanza di accesso al Fondo di solidarietà di cui alla L.R. n. 1/2010;
- che è stata verificata *in loco* la veridicità del decesso della lavoratrice/del lavoratore posto a fondamento della predetta istanza;
- che quanto verificato *in loco* costituisce un mero fatto e che il contributo di cui all'istanza *de qua* non costituisce in alcun modo pre-condizione, requisito o prova utile alle verifiche rilevanti in sede ispettiva, giudiziaria e amministrativa poste in essere da parte delle Autorità di Pubblica Sicurezza e dagli organi di vigilanza degli enti previdenziali e assistenziali preposti agli accertamenti di legge per i casi di decesso nei luoghi di lavoro,
- che, con Determinazione dirigenziale/Atto n. _____ del _____, è stato conseguentemente riconosciuto il diritto del beneficiario prevedendo il pagamento della somma di € _____ in suo favore.

TRASMETTE

al competente ufficio della Regione Puglia – Servizio Politiche di benessere sociale e pari opportunità la citata Determinazione dirigenziale/Atto n. _____ del _____, affinché si proceda al pagamento della somma di € _____ in favore del beneficiario/istante Sig.ra/Sig. _____.

Data, _____

In fede
FIRMA (firma e timbro sull'originale)

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO
Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità

