

Le istanze di rimborso devono essere trasmesse in un unico documento completo in formato PDF; non saranno pertanto accettate pagine separate o immagini fotografiche

**ANNO DI RIFERIMENTO 2025**

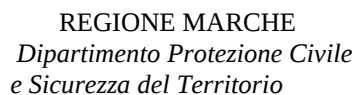
**DOMANDA DI RIMBORSO PER LE SPESE DI ASSICURAZIONE PER  
I GRUPPI COMUNALI/INTERCOMUNALI DI PROTEZIONE CIVILE**

Il/la sottoscritto/a Sindaco/Presidente \_\_\_\_\_,  
rappresentante legale del Gruppo Comunale/Intercomunale di volontariato di protezione civile di \_\_\_\_\_,  
identificato con Codice MGO: **ORG** \_\_\_\_\_  
C.F./P.IVA Ente \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

chiede

il rimborso di € \_\_\_\_\_, corrispondente alle spese sostenute per l'anno 2025 per le assicurazioni dei seguenti mezzi di proprietà dell'Organizzazione ed esclusivamente destinati alle attività di protezione civile e/o AIB regolarmente registrati in MGO alla data del 31 dicembre 2025:  
Chiede altresì che il rimborso richiesto avvenga accreditato su conto tesoreria unica aperta presso la Banca d'Italia di Ancona:

[illegible]



Sede: Ancona - Via Gentile da Fabriano 3- 60125 Ancona  
Tel. 071 8064006-4177- fax 071/8062419  
Pec: [regione.marche.protciv@emarche.it](mailto:regione.marche.protciv@emarche.it)  
Mail: [direzione.protezionecivile@regione.marche.it](mailto:direzione.protezionecivile@regione.marche.it)  
[www.regione.marche.it/Regione-Utile/Protezione-Civile](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Protezione-Civile)



**Dichiara:**

- che i mezzi su indicati sono ad uso esclusivo del Gruppo Comunale/Intercomunale ed utilizzati per attività di protezione civile; si allega copia del libretto di circolazione in cui risulta l'attestazione di uso esclusivo della P.C. e/o in alternativa copia dell'atto amministrativo comunale che attesti l'esclusività;
- che l'Organizzazione negli anni: 2024/2025 ha partecipato con i propri iscritti ad almeno **dieci** delle sotto indicate attività di protezione civile, organizzate dal Dipartimento Protezione Civile regionale o a cui lo stesso abbia partecipato, di queste almeno n. 5 svolte per attività formative/esercitative

Si specificano le attività in maniera precisa e puntuale nello schema di domanda;

- 1) attività emergenziali;
- 2) attività formativa;
- 3) attività esercitativa;
- 4) campagna AIB 2024 – campagna AIB 2025

Si ricorda che:

- le attività AIB anche se realizzate in più giornate e/o servizi sono considerate una attività per l'anno 2024 e una attività per l'anno 2025;
- la formazione anche se realizzata in più giornate sarà considerata una sola attività.

**Indicare obbligatoriamente a pena di esclusione dal rimborso** nella tabella sottostante l'attività svolta nei periodi sopra indicati:

| Tipo di evento                                                | Specificare | Luogo dell'evento | Periodo |    |
|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|---------|----|
|                                                               |             |                   | dal     | al |
| Attività emergenziale:<br>sanitaria, idrogeologica,<br>ecc... | 1)          |                   |         |    |
|                                                               | 2)          |                   |         |    |
|                                                               | 3)          |                   |         |    |
|                                                               | 4)          |                   |         |    |
|                                                               | 5)          |                   |         |    |
| Attività formativa/<br>Attività esercitativa                  | 1)          |                   |         |    |
|                                                               | 2)          |                   |         |    |
|                                                               | 3)          |                   |         |    |
|                                                               | 4)          |                   |         |    |
|                                                               | 5)          |                   |         |    |
| Campagna AIB 2024<br>Campagna AIB 2025                        | 1)          |                   |         |    |
|                                                               | 2)          |                   |         |    |
|                                                               | 3)          |                   |         |    |
|                                                               | 4)          |                   |         |    |
|                                                               | 5)          |                   |         |    |



REGIONE MARCHE  
Dipartimento Protezione Civile  
e Sicurezza del Territorio



- che il Comune ha provveduto ad approvare con proprio **ATTO amministrativo il Nuovo regolamento** tipo di cui alla D.G.R. 400/2023 come da Direttiva PCM del 22 dicembre 2022 n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e che lo stesso è stato caricato sul sistema MGO.

**la mancata approvazione del regolamento tipo comporterà l'automatica esclusione dal rimborso.**

Data \_\_\_\_\_

Legale rappresentante

Firma \_\_\_\_\_

N.B.: Allegare nell'unico File PDF fotocopia di un documento di riconoscimento

### **DICHIARA**

che quanto indicato all'istanza e la documentazione probatoria allegata è inerente alle spese di assicurazione dei mezzi dell'Organizzazione: \_\_\_\_\_

per l'importo di Euro \_\_\_\_\_ presentata in data \_\_\_\_\_

tramite posta certificata (ai sensi dell'art. 65 D.Lgs. n. 82 del 7 marzo 2005 e succ. modificazioni) è conforme alla documentazione originale depositata presso la Sede legale dell'Organizzazione.

Si dichiara altresì che detta documentazione non verrà utilizzata per altre richieste ad alcun titolo.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

.....  
(luogo, data)

Il Dichiarante

.....

N.B.: Allegare documento di identità del Legale Rappresentante

**\*la mancata dichiarazione di anche una singola voce o la non indicazione di quanto richiesto nel presente modello, comporterà l'esclusione dal rimborso delle spese di assicurazione, non si accetteranno integrazioni successive, alla data di scadenza della presentazione si prega inoltre di NON inviare documenti diversi da quanto precedentemente richiesto.**

### **Informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016 in materia di protezione dei dati personali**

I dati personali acquisiti obbligatoriamente dall'Amministrazione verrà effettuato nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/2003, titolare del trattamento è il Dirigente del Servizio Protezione Civile e ogni interessato potrà far valere i diritti di cui all'art. 7.

I dati saranno trattati, raccolti e conservati presso la Regione Marche Servizio Protezione Civile, esclusivamente per le finalità inerenti la procedura in oggetto, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa prevista dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, con modalità tali da salvaguardarne la sicurezza, la protezione e la riservatezza.

Sede: Ancona - Via Gentile da Fabriano 3- 60125 Ancona  
Tel. 071 8064006-4177- fax 071/8062419  
Pec: [regione.marche.protciv@emarche.it](mailto:regione.marche.protciv@emarche.it)  
Mail: [direzione.protezionecivile@regione.marche.it](mailto:direzione.protezionecivile@regione.marche.it)  
[www.regione.marche.it/Regione-Utili/Protezione-Civile](http://www.regione.marche.it/Regione-Utili/Protezione-Civile)