MODELLO di domanda di Provvidenze

Alla Direzione Generale

dell’Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Ufficio del Personale

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L’ANNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La …………………………………………………………………………………………………...

nat…. a …………………………………………………. il ……………………………… residente

in ………………………………………………………………………………… Prov……………...

Via ……………………………………………………………. n° …………….. Cap. ……………..

e domiciliat\_ in (indicare se diverso dalla residenza) …………...…………… .. Prov……………..

Via ………………………………………………………….… n° …………….. Cap. …………….

Codice Fiscale …………………………………………………

C H I E D E

ai sensi del D.D.G. n. …….del ………..dell’Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, l’assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l’opzione di interesse):

□ decesso di ………………………………………… Rapporto di parentela[[1]](#footnote-2) ………………………

□ malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:

…………………………………………………:…. Rapporto di parentela[[2]](#footnote-3) ………………………..

…………………………………………………….. Rapporto di parentela ……………………….

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità** (contrassegnare con una X l’opzione di interesse):

**□** di essere dipendente del Ministero dell’istruzione con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

con la qualifica di ……………………………………………………………………………………..

□ di essere stato/a dipendente del Ministero dell’istruzione con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:

………………………………………………………………………………………………………..

con la qualifica di ……………………………………………………………………………………..

e di essere cessato dal servizio in data; ………………………………………………………………

□ di essere familiare di ………………………………………………………………………………..

il/la quale era già dipendente del M.I. (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso ……………………………………………………………………………………………………….

con la qualifica di ……………………………………………….fino al ……………………………..

□ che la richiesta di sussidio per “Decesso” riguarda il familiare: ……………………………………

deceduto il ………………………………… a …………………………………… Prov. …………

e che la spesa sostenuta per il decesso, nell’anno \_\_\_\_\_ ammonta ad € …………………………….

□ che la richiesta di sussidio per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” riguarda:

□ me medesimo

□ il familiare …………………………………………………………………………………..

che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un’unica patologia nell’anno **\_\_\_\_\_\_\_\_,** ammontano ad € ………………………… e, quindi, sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 2.000

Il/La sottoscritt\_ **dichiara espressamente** che non sussistono, né da parte sua né da parte di altri

familiari, analoghe richieste inoltrate per gli stessi eventi ad altre Amministrazioni, Enti, Società,

Assicurazioni.

**Allega:**

1. ISEE in corso di validità
2. Dichiarazione relativa alla composizione del nucleo familiare al momento dell’evento.
3. Fotocopia del codice fiscale e del documento di identità:

Se la richiesta di sussidio è relativa a (contrassegnare con una X l’opzione di interesse):

□ “**Decesso**”, **allega anche:**

a. originali o copie conformi all’originale della documentazione giustificativa di spesa;

b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;

□ “**Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità**”, **allega anche:**

1. Originali o copie conformi all’originali della documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità. Documentazione di seguito elencata:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Il/La sottoscritt\_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

□ conto corrente bancario n° …………………………………...………… intestato al\_ sottoscritto/a

BANCA ……………………………………………… Agenzia di ………………………………...

**Codice IBAN**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

□ conto corrente postale n° ………….….………………………………… intestato al\_ sottoscritto/a

UFFICIO POSTALE di ……………………………………………………………………………..

**Codice IBAN**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Il/La sottoscritt\_\_, consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, conferma espressamente che tutte le dichiarazioni rese nel presente modulo corrispondono al vero.

E’ altresì consapevole che l’Amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell’art. 15 della L. n. 183/2011.

Per eventuali comunicazioni:

n. telefono …………………………………………

posta elettronica …………………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive.

1. Specificare se la persona deceduta era: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purchè appartenenti ballo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi. [↑](#footnote-ref-2)
2. Specificare il rapporto di parentela: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purchè appartenenti ballo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi. [↑](#footnote-ref-3)