

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.deldell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio,
l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- decesso di Rapporto di parentela¹
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:
.....:.... Rapporto di parentela²
- 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

¹ Specificare se la persona deceduta era: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purchè appartenenti dallo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi.

² Specificare il rapporto di parentela: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purchè appartenenti dallo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi.

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:**

- a. 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:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritt

nat_ a Prov. il
.....

residente in Prov.
.....

Via n° Cap.

Consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs 196/2003

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) alla data dell'evento per il quale si chiede la provvidenza era così composto:

1. Il dichiarante;
2. (cognome nome).....(rapporto di parentela).....
3. (cognome nome).....(rapporto di parentela).....
4. (cognome nome).....(rapporto di parentela).....
5. (cognome nome).....(rapporto di parentela).....

data _____

IL DICHIARANTE