

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio del Personale
Viale Giorgio Ribotta 41
00144 - Roma

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2016

Il/La sottoscritt.....
nat_ a il residente
in.....Prov.....
Via.....n°.....Cap.
e domiciliato 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. 547 del 22/12/2015 dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio,
l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

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

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

- di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso
.....
con la qualifica di
- di essere stato/a dipendente del MIUR 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, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

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

il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso
con la qualifica di fino al

che il nucleo familiare di cui fa parte, alla data dell'evento, era così composto:
.....
.....
.....
.....
.....

che la richiesta di sussidio per "Decesso" riguarda il familiare
deceduto il a Prov.
e che la spesa sostenuta per il decesso, nell'anno **2016**, 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 **2016**, ammontano ad € e, quindi sono uguali/superiori alla
spesa minima fissata in € 3.500,00.

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. Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente (come definito all'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) corredata degli attestati I.S.E. e I.S.E.E. relativi all'anno **2016**;
2. 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;
- c. copia o autocertificazione dello stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;

"Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità", **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale 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:

IT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Conto corrente postale n° intestato al sottoscritto/a
UFFICIO POSTALE di

Codice IBAN:

IT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

Il/La sottoscritt_ **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Per eventuali comunicazioni:

N. telefono
Posta elettronica.....

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive

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

Il/La sottoscritt.....
nat_ aProv..... 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

(contrassegnare con una X l'opzione di interesse)

che la famiglia convivente, alla data dell'evento, era composta da:

(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(rapporto di parentela)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(in caso di richiesta di sussidio per “Decesso”) che il proprio.....,
(rapporto di parentela)

.....nato il.....a.....
(cognome nome)

e residente aè morto in data
a.....

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE
