



Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Direzione Generale

Via Pianciani 32 - 00185 Roma ☎ 06 77391 fax 0670476649

✉ e-mail: direzione-lazio@istruzione.it

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Via L. Pianciani, 32
00185- Roma

Per il tramite
dell'Istituzioni Scolastica _____

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2013

Il/la sottoscritt _____
nat_ a _____ Il _____
residente a _____ via/piazza _____
e domiciliato a (indicare se diverso dalla residenza) _____
via/piazza _____
C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio prot. n. 7297 del 24.06.2004,
l'assegnazione di un sussidio per: (contrassegnare con (X) l'opzione di interesse)

() decesso di _____
() malattie ed interventi chirurgici _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

() di essere dipendente del M.I.U.R./Scuola, in servizio presso _____

con la qualifica di _____
di essere in servizio continuativo dal _____
() di essere stato dipendente del M.I.U.R./Scuola in servizio presso _____

_____ con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data _____
() di essere familiare (indicare il rapporto di parentela) di _____
il quale era già dipendente del MIUR/Scuola in servizio presso _____

_____ con la qualifica di _____
_____ fino al _____

Dichiara che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto (o era così composto alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente):

Dichiara altresì

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno _____;
- che le spese sostenute per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica patologia ammontano ad € _____ e quindi sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 5.000,00;
- che non sussistono, per lo stesso evento, altre richieste di sussidio, né da parte sua, né da parte di altri familiari, inoltrate ad altri enti Enti pubblici, società, associazioni o assicurazioni.

Si allegano:

() originali o copie conformi dei seguenti documenti di spesa sostenuta nell'anno in cui è accaduto l'evento per il quale si fa richiesta di contributo (2013):

- () certificazioni mediche comprovanti la grave patologia,
- () autocertificazione di decesso;
- () autocertificazione della situazione reddituale risultante dai modelli CUD/730/Unico relativi agli anni in cui si è verificato l'evento per il quale si fa richiesta di contributo (2013) e dell'inesistenza di ulteriori redditi oltre a quelli risultanti dai modelli CUD/730/Unico in capo agli appartenenti al nucleo familiare;

() autocertificazione dell'attuale stato di famiglia o di quello risultante alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;

() fotocopia del documento di identità del richiedente;

Il/la sottoscritt _____ chiede che il sussidio eventualmente assegnato sia accreditato con una delle seguenti modalità di accredito:

() c/c bancario n. _____ Banca _____

IBAN _____

() c/c postale n. _____ Ufficio di _____

IBAN _____

() contanti presso Banca d'Italia della provincia di _____

Il/la sottoscritt _____, consapevole delle sanzioni, civili e penali, conseguenti alle dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, conferma 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.

Il/la sottoscritt _____ autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo _____

n. telefonico _____

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento dopo la presentazioni della domanda.

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 sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

Via _____ n. _____

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

DICHIARA

Luogo e data _____

Il dichiarante
