MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale

dell’Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Ufficio del Personale

Via L. Pianciani, 32

00185 - Roma

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L’ANNO 2015**

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

 malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo

familiare:

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

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

**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 ………………………………………………………………………………

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 **2015**, 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 **2015**, 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 **2015**;
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**:

1. originali o copie conformi all’originale della documentazione giustificativa di spesa;
2. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
3. 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**:

1. 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\_ 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

(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 a ……………………………………………è morto in data ……………………………..

a………………………………………………………………………………………………………..

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

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

Informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

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. [↑](#footnote-ref-1)
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. [↑](#footnote-ref-2)