

MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale
per il Molise
Via Garibaldi 25

CAMPOBASSO

drmo@postacert.istruzione.it

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi decreto prot. n. _____ del _____ del Dirigente titolare dell'USR Molise.

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____, residente a _____ Prov. _____ Cap. _____
e domiciliato (qualora diverso dalla residenza) _____ Prov. _____
Cap _____ in Via _____ n° _____
C.F. _____.

C H I E D E

Ai sensi del Decreto Dirigenziale dell'USR Molise, l'assegnazione di un sussidio per:

- ☐ decesso di _____ Grado di parentela _____
- ☐ malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:
- _____
- _____

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- ☐ di essere dipendente del MIUR/istituzione scolastica con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____ (Via, Comune, Prov.)
_____ con la qualifica di _____
- ☐ di essere stato/a dipendente del MIUR/Istituzione scolastica con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____ (Via, Comune, Prov.)
_____ con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data _____ per _____

☐ di essere familiare di _____ il/la quale era già dipendente del MIUR/istituzione scolastica (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso _____ con la qualifica di _____ fino al _____ e di esercitare la seguente attività lavorativa _____

☐ che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto:

☐ che la richiesta di sussidio per “Decesso” riguarda il familiare _____ nato a _____ il _____ Grado di parentela: _____ deceduto il _____ a _____ Prov. _____

☐ che la richiesta di sussidio per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” riguarda il familiare _____ nato a _____ il _____ Grado di parentela: _____.

Dichiara altresì:

- Che l'evento per cui si richiede il sussidio si è verificato nell'anno 2018;
- Che le spese per cure mediche e di degenza per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno 2018 ammontano ad € _____ quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € _____

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:

- ☐ 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);
- ☐ attestazione I.S.E.E. relativa all'anno 2018;
- ☐ documentazione attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità;
- ☐ autocertificazione attestante il decesso del dipendente o familiare;

in caso di decesso del dipendente o familiare: certificato di morte o autocertificazione e stato di famiglia o autocertificazione alla data del decesso;

☐ originali o copie conformi all'originale della seguente documentazione giustificativa di spesa

_____;

☐ fotocopia del Codice Fiscale;

☐ fotocopia del documento di identità.

Il/La sottoscritt_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

☐ conto corrente bancario n° _____ intestato al__ sottoscritt_
Banca _____ Agenzia di _____

Codice IBAN _____

☐ Conto corrente postale n° _____ intestato al__ sottoscritt_
Ufficio Postale di _____

Codice IBAN _____

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 Regolamento UE 679/2016 e **dichiara** di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, per le finalità indicate, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Per comunicazioni urgenti:

N. telefono abitazione _____

N. telefono cellulare _____

Posta elettronica _____

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE
