

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 del dirigente titolare dell'USR Molise n.

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 2017;
- 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 2017 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 2017;
- 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 penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara che i dati forniti nella presente dichiarazione sono veritieri.

Per comunicazioni urgenti:

N. telefono abitazione _____

N. telefono cellulare _____

Posta elettronica _____

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE
