

(modello di domanda)

Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna
Direzione Generale - Ufficio I
Piazza G.Galilei, 36
09128 Cagliari

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. prot.n. 17555 del 13 dicembre 2017

 I **sottoscritt**
nat_ a il.....residente a
in Via
C.F.

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. _____ del _____ aprile 2016, l'assegnazione di un sussidio per:

() decesso di (*).....

() malattie ed interventi chirurgici riguardanti il richiedente o i componenti del nucleo familiare (*) :

.....
.....

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

() di essere dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso
.....
con la qualifica di

() di essere stato dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso
.....
.....
con la qualifica di
e di essere cessato dal servizio in data

() di essere familiare (*) di
il quale era già dipendente di ruolo del MIUR, in servizio presso
.....
con la qualifica di fino al

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

.....
.....
.....

Dichiara altresì (cancellare la parte che non interessa) :

- 1.. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2016;
- 2.. che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro ;
- 3..che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nell'anno 2016 ammontano a euro

__I__ sottoscritt__ dichiara espressamente di non aver usufruito negli anni pregressi del medesimo beneficio per cure ascrivibili alla stessa malattia e 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 e Assicurazioni.

Allega (contrassegnare con X i documenti allegati):

() Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata degli attestati I.S.E. ed I.S.E.E. relativi all'anno 2016

copie conformi dei seguenti documenti di spesa sostenuta:

.....
.....
.....
.....

- () documentazione medica (solo per i casi previsti nell'art.6);
- () autocertificazione attestante il decesso del dipendente o del familiare convivente;
- () autocertificazione attestante lo stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;
- () fotocopia di documento di identità del richiedente.

__I__ sottoscritt__ chiede altresì che il sussidio eventualmente assegnato gli venga accreditato con la seguente modalità:

() c/c bancario n..... intestato aaccesso presso la banca
Codice IBAN

() c/c postale n..... intestato aaccesso presso l'Ufficio postale di.....
Codice IBAN

__I__ sottoscritto, consapevole delle sanzioni, anche penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero.

Eventuali comunicazioni potranno essere inviate al seguente recapito (indirizzo e numero telefonico):

.....

.....

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento.

Autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Data

Firma

.....

Note

Contrassegnare con (X) l'opzione di interesse

(*) E' obbligatorio indicare anche il rapporto di parentela col richiedente