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 2014

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 .....

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. n. 412 del 16/12/2014 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].....

☐ malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:
.....Rapporto di parentela[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 .....

[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.

[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.

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 è attualmente così composto:

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

(compilare in caso di richiesta di sussidio per "Decesso") che il nucleo familiare, alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente, **oltre alla persona deceduta,** 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 **2014**, 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 **2014**, 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 **2014**;
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**:

a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa;
b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
c. 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**:

a. 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