

Modello di domanda di provvidenze

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per
l'Emilia-Romagna
via de' Castagnoli n.1
Ufficio II

40126 BOLOGNA

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n. 469 del 23.09.2013.

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
Il _____, residente a _____ prov. _____
Cap. _____ in Via _____
e domiciliato a (qualora diverso dalla residenza) _____ prov. _____ cap. _____
in via _____
C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. dell'U.S.R. – E.-R. n. 469 del 23.09.2013, l'assegnazione di un sussidio per:

() decesso di _____ (grado di parentela) _____

() malattie ed interventi chirurgici 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 con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____
_____ - (via , comune e prov.) _____
con la qualifica di _____,

() di essere in servizio continuativo dal _____

() 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 _____ per _____

() di essere familiare di _____ il quale era già dipendente del
MIUR, 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 alla data del decesso, avvenuto il _____ a _____ prov. (_____),
il nucleo familiare oltre alla persona deceduta aveva la stessa composizione o (cancellare l'ipotesi che non
ricorre) era così composto _____

Dichiara altresì:

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2012;
2. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno 2012 ammontano a € _____, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.500.
3. che la documentazione della patologia diagnosticata è reperibile presso _____

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 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. calcolati sui redditi percepiti nell'anno 2011 o 2012 dall'**attuale** nucleo familiare.

() originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa (solo per le malattie) sostenuta e non rimborsati:

() fotocopia di documento di identità.

Il/La sottoscritt__ chiede altresì che il sussidio eventualmente assegnato venga accreditato in:

() conto corrente bancario N° _____ intestato al sottoscritto/a
BANCA _____ Codice IBAN _____

() conto corrente postale N° _____ intestato al sottoscritto/a
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 DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero.

Per eventuali urgenti comunicazioni:

n. telefonico/i _____

posta elettronica _____

E' 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 Legge 12 novembre 2011 n.183.

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Note

() Contrassegnare con (X) l'opzione d'interesse.

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 IL CONTRIBUTO
