

MODELLO di domanda di Provvidenze

Alla Direzione Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio del Personale

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO

Il/La
nat.... a il residente
in Prov.....
Via n° Cap.
e domiciliat_ in (indicare se diverso dalla residenza) Prov.....
Via n° Cap.
Codice Fiscale

C H I E D E

ai sensi del D.D.G. n.deldell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio,
l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- ☐ decesso di Rapporto di parentela¹
- ☐ malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:
.....:.... Rapporto di parentela²
..... Rapporto di parentela

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- ☐ di essere dipendente del Ministero dell'istruzione con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:
.....
.....
con la qualifica di
- ☐ di essere stato/a dipendente del Ministero dell'istruzione 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, purchè appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi.

² Specificare il rapporto di parentela: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purchè appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi.

il/la quale era già dipendente del M.I. (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso
con la qualifica difino al

☐ che la richiesta di sussidio per “Decesso” riguarda il familiare:
deceduto il a Prov.
e che la spesa sostenuta per il decesso, nell’anno _____ 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 _____, ammontano ad € e, quindi, sono uguali/superiori
alla spesa minima fissata in € 2.000

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. ISEE in corso di validità
2. Dichiarazione relativa alla composizione del nucleo familiare al momento dell’evento.
3. 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;

☐ “**Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità**”, **allega anche:**

- a. Originali o copie conformi all’originali 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:

I	T																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ conto corrente postale n° intestato al_ sottoscritto/a
UFFICIO POSTALE di

Codice IBAN:

I	T																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

Per eventuali comunicazioni:

n. telefono

posta elettronica

Luogo e data

Firma del richiedente

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive.