

(modello di domanda)

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia
Ufficio I - Via Fattori, 60
90146 PALERMO

per il tramite

*(indicare l'Ufficio scolastico territoriale o
l'Istituzione scolastica di appartenenza)*

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n. 18909 del 5 novembre 2014

Il sottoscritto nato a
il..... residente a
in Via
C.F.

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. n. 18909 del 5 novembre 2014, l'assegnazione di un sussidio per:

decesso di (*).....

malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare (*) :

.....
.....

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere dipendente del MIUR in servizio presso

con la qualifica di

di essere in servizio continuativo dal

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 2013;
- 2.. che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro
- 3..che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nell'anno 2013 ammontano a euro

Il sottoscritto dichiara espressamente che:

1. non sussistono ulteriori redditi oltre quelli dichiarati ai fini della determinazione dell'indicatore della situazione economica (I.S.E.), anche in capo agli altri componenti il nucleo familiare quale risulta dalle evidenze anagrafiche;
2. 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 dall'attestato I.S.E. relativo all'anno 2013.

() originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa sostenuta:

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

() documentazione medica

() certificato di morte di

() stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente

() fotocopia di documento di identità.

Il sottoscritto chiede altresì che il sussidio eventualmente assegnato gli venga accreditato:

presso l'istituto di credito/ufficio postale

Codice IBAN

Il 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:

.....

.....
(indicare anche il numero di telefono cellulare ed indirizzo di posta elettronica)

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento.

Il sottoscritto **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

(**) Tutta la documentazione deve essere presentata contestualmente alla domanda entro il termine previsto dal bando (19 dicembre 2014); in nessun caso, è ammesso fare riferimento a documentazione presentata in precedenza o esprimere riserva di integrare la documentazione oltre il suddetto termine.-