

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.435 dell'1.09.2015

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. 435 dell'1.09.2015, l'assegnazione di un sussidio per:

- Patologie gravi, con invalidità superiore al 50% a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare _____;
- Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare _____;
- Spese funerarie per decesso di _____ (grado di parentela) _____

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di:

essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato dal _____ e in servizio continuativo dal _____ presso _____
(via , comune e prov.) _____ con la qualifica di _____,

ovvero

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 _____

ovvero

essere familiare di _____ il quale era già dipendente del MIUR, in servizio presso _____ con la qualifica di _____
fino al _____ deceduto il _____ a _____. 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 2014;
2. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno 2014 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, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Allega:

Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dell'attestazione I.S.E.E. calcolata sulla situazione reddituale dell'anno 2014 dall'**attuale** nucleo familiare.

originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spese sostenute e non rimborsate:

fotocopia di documento di identità.

Il/La sottoscritt__ chiede altresì che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato in conto corrente bancario o postale N° _____ intestato al sottoscritto/a BANCA/UFFICIO POSTALE _____ Agenzia di _____
Codice IBAN _____

Per eventuali urgenti comunicazioni:

n. telefonico/i _____ posta elettronica _____

E' consapevole che l'amministrazione effettuerà 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
