

Modello di domanda di provvidenze 2024

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

per il tramite

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

Oggetto: Richiesta di sussidio

Il/La sottoscritt _____ nat a _____

il _____, residente a _____ prov. _____

Cap. _____ in Via/Piazza _____

e domiciliato a (se domicilio diverso dalla residenza) _____

prov. _____ cap. _____

in via _____

C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. dell'U.S.R. per la Sicilia prot. n. 573 del 17 ottobre 2024, l'assegnazione di un sussidio per:

Prestazioni mediche specialistiche e interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare _____ (grado di parentela) _____;

Spese funerarie per decesso di _____ (grado di parentela) _____.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di:

essere dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito 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 Ministero dell'istruzione e del merito 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 Ministero dell'istruzione e del merito, in servizio presso _____ con la qualifica di _____ fino al _____, deceduto il _____ a _____ 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 nel periodo 01/11/2023 - 31/10/2024;
2. che le spese sostenute per il decesso / per cure mediche e di degenza sostenute relativamente a un'unica malattia grave nel periodo 01/11/2023 - 31/10/2024 ammontano a € _____ e sono, dunque, uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 2.000;
3. che la documentazione relativa alla 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 2023 dall'attuale nucleo familiare.

originali (o copie conformi) dei seguenti documenti giustificativi relativi alla causale della richiesta e alle spese sostenute e non rimborsate:

fotocopia di documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.

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, indica i seguenti recapiti:

n. telefonico/i _____ posta elettronica _____

È consapevole che l'amministrazione potrà effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 183/2011.

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Il/La sottoscritt__, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al bando, autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 G.D.P.R. (regolamento generale sulla protezione dei dati).

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO