Modello di domanda di provvidenze

Al Direttore Generale

dell'Ufficio Scolastico Regionale per

la Toscana

via Mannelli n.113

Ufficio II

50136 Firenze

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del **D.D.G. n. 904 del 19/10/2026**

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. – Toscana n. 904 del 19/10/2026 , l'assegnazione di un sussidio per:

☐ Spese connesse alla sussistenza di patologie gravi, con invalidità superiore al 50%, certificate, riguardanti il dipendente e/o i seguenti componenti del nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E.[1]

_____;

☐ Spese connesse a prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici con esclusione di quelli meramente estetici, non determinati da situazioni invalidanti, riguardanti il dipendente e/o i seguenti componenti del nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E.:

_____;

☐ Spese funerarie per decesso del dipendente e/o dei seguenti componenti del nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E.:

_____;

A tal fine, 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, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

[1] da intendersi, d'ora in avanti, ai sensi dell'art. 3, c. 7, del Bando, come composto dai componenti della famiglia anagrafica.

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

ovvero

☐ di essere stato/a dipendente del MIM con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____

con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data _____ per _____

ovvero

□ di essere familiare di _____ il quale era già dipendente del MIM, in servizio presso _____con la qualifica di _____ fino al _____ deceduto il _____a _____. Di esercitare la seguente attività lavorativa_____

☐ che attualmente il nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E. è così composto:

_____
_____

☐ che alla data del decesso, avvenuto il _____ a _____ prov. (_____), il nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E., oltre alla persona deceduta, aveva la stessa composizione

oppure:(cancellare l'ipotesi che non ricorre)

era così composto
_____
_____

- che le spese di cui sopra sono state sostenute **nell'anno 2025** e ammontano a € _____, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in **€ 1.000**;

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 e Assicurazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale.

DICHIARA inoltre

☐ Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto **sono** state portate in deduzione/detrazione con la dichiarazione dei **redditi 2026 (anno imposta 2025) per euro** _____;

☐ Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto **non sono** state portate in deduzione/detrazione con la dichiarazione dei **redditi 2026 (anno imposta 2025)**;

Allega:

- originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spese sostenute e non rimborsate, debitamente quietanzati: _____

- attestato ISEE in corso di validità alla data del bando

- fotocopia di documento di identità

- per le domande relative a patologie gravi, con invalidità superiore al 50%, i seguenti certificati e/o documenti (opportunamente oscurati) idonei a comprovare la patologia, rilasciati dal Servizio Sanitario Nazionale:

_____

- per le domande relative a decessi, dichiarazione personale sotto la propria responsabilità, redatta ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sostitutiva del certificato di morte del dipendente o del familiare e del certificato di stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente

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

_____