

MODELLO di domanda - SUSSIDI ANNO 2026 (per spese sostenute dal 1/10/2025 al 30/09/2026)Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo**RICHIESTA DI SUSSIDI**

Il/La sottoscritt _____
(cognome) _____ (nome) _____
nat_ a _____ il __/__/____
residente a _____ prov. ____
Via _____ n. _____ CAP _____
Codice Fiscale _____
Email _____ Telefono _____

CHIEDE

ai sensi del Decreto del DG dell'USR Abruzzo prot. _____, l'assegnazione di un
sussidio per (contrassegnare con una X le opzioni di interesse):

☐ **patologie gravi**

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il seguente componente del proprio nucleo familiare:
(cognome) _____ (nome) _____, nato il __/__/____ a _____
Codice Fiscale _____
con il seguente rapporto di parentela _____

☐ **prestazioni specialistiche ed interventi chirurgici:**

- ☐ per sé stesso
- ☐ per il seguente componente del proprio nucleo familiare:
(cognome) _____ (nome) _____, nato il __/__/____ a _____
Codice Fiscale _____
con il seguente rapporto di parentela _____

- ☐
- decesso di**
- (cognome) _____ (nome) _____
-
- nato il __/__/____ a _____ e deceduto il __/__/____ a _____
-
- componente del proprio nucleo familiare con il seguente rapporto di parentela _____

☐ (solo in caso di decesso del dipendente)

decesso di (cognome) _____ (nome) _____
nato il __/__/____ a _____ e deceduto il __/__/____ a _____
componente del proprio nucleo familiare al momento dell'evento con il seguente rapporto di
parentela _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci

sotto la propria personale responsabilità (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

☐ di essere dipendente del Ministero dell'Istruzione e del merito con contratto a tempo indeterminato
in _____ servizio _____ presso _____

con la qualifica di _____ dal ____/____/____.

☐ di 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 ____/____/____

☐ di essere familiare con il seguente rapporto di parentela _____
di _____ il/la quale era
dipendente del Ministero dell'Istruzione e del Merito (con contratto a tempo indeterminato) in servizio
presso _____

con la qualifica di _____ fino al
____/____/____ deceduto il ____/____/____ a _____

☐ che alla data dell'evento, avvenuto il ____/____/____ il proprio nucleo familiare era composto da:
(cognome e nome) _____ (luogo e data di nascita) _____ (rapporto di parentela) _____

☐ che la richiesta di sussidio per "**patologie gravi**" ammonta a € _____ (importo già
diminuito della somma eventualmente portata in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2026,
anno imposta 2025) raggiungendo quindi la soglia minima di **€ 1.000,00** per singolo evento

☐ che la richiesta di sussidio per "**prestazioni specialistiche ed interventi chirurgici**" ammonta
a _____ (importo già diminuito della somma eventualmente portata in detrazione con la
dichiarazione dei redditi 2026, anno imposta 2025) raggiungendo quindi la soglia minima di **€
1.000,00** per singolo evento

☐ che la richiesta di sussidio per "**Decesso**" ammonta ad € _____ (importo già diminuito
della somma eventualmente portata in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2026, anno imposta
2025) raggiungendo quindi la soglia minima di **€ 1.000,00** per ciascun evento;

☐ che non sussistono, né da parte sua né da parte di altri familiari/conviventi, analoghe richieste inoltrate per gli stessi eventi ad altre Amministrazioni, Enti, Società e, Assicurazioni.

☐ sono già state diminuite dell'eventuale importo portato in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2026 (anno imposta 2025);

☐ non sono già state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2026 (anno imposta 2025);

e si impegna a comunicare, per le spese effettuate nell'anno 2026, tempestivamente eventuali variazioni e a restituire le somme indebitamente percepite in caso di successivo utilizzo della detrazione fiscale sulle medesime spese.

Sotto tale profilo il/la sottoscritto/a è consapevole dei controlli che effettuerà l'Amministrazione e delle eventuali conseguenze, sia di natura penale che disciplinare, in caso di dichiarazioni mendaci e del fatto che decadrà dai benefici eventualmente conseguiti.

Il/La sottoscritto/a chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

☐ conto corrente bancario n°..... intestato al sottoscritto/a

BANCA..... Agenzia di

Codice IBAN (da compilare necessariamente in formato digitale):[illegible]

☐ Conto corrente postale n° intestato al sottoscritto/a

UFFICIO POSTALE di

Codice IBAN:[illegible]

☐ **copia dei documenti di spesa emessi esclusivamente nel periodo 01/10/2025-30/09/2026, con attestazione riportata su ciascuna delle stesse di conformità all'originale, debitamente sottoscritta. (In assenza di detta attestazione di conformità il documento di spesa non sarà preso in considerazione). Dal documento di spesa si deve evincere l'effettivo pagamento con la data o in alternativa va allegata documentazione probatoria dell'avvenuto pagamento.**

☐ l'attestazione I.S.E.E. in corso di validità alla data di scadenza del bando;

☐ copia del **documento di identità (fronte e retro) e del codice fiscale del richiedente**

autodichiarazione dei componenti del nucleo familiare a carico

☐ (Solo in caso di decesso del dipendente) autodichiarazione del familiare/convivente del dipendente deceduto

Luogo e data, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

INFORMATIVA
(art. 13 Regolamento UE 2016/679)

1. Attraverso la compilazione del presente modulo di domanda ciascun partecipante alla procedura conferisce i suoi dati personali, che saranno trattati (cioè raccolti, registrati, consultati, estratti, organizzati, strutturati, modificati, adattati, comunicati, trasmessi, conservati) in modo corretto e trasparente nei confronti dell'interessato stesso, con strumenti cartacei ed elettronici, con misure tecniche e organizzative idonee a garantire la sicurezza, la protezione da trattamenti non autorizzati (o illeciti) e da rischi di perdita, distruzione e danno accidentale.
2. Il Titolare del trattamento è il Ministero dell'Istruzione e del Merito - Dipartimento per le risorse umane, finanziarie e strumentali
Articolazione regionale: Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo - indirizzo di PEC: drab@postacert.istruzione.it
3. Responsabile della protezione dei dati: Il Responsabile per la protezione dei dati personali del Ministero dell'Istruzione e del Merito, con sede in Roma, viale Trastevere n. 76/a, è stato individuato con D.M. 215 del 4 agosto 2022 nella dott.ssa Simona Montesarchio, Capo del Dipartimento per le risorse, l'organizzazione e l'innovazione digitale indirizzo mail: RPD@istruzione.it
Finalità del trattamento: assegnazione provvidenze a favore del personale dipendente del MIM.
I dati personali potranno essere ulteriormente trattati a fini di archiviazione nel pubblico interesse o a fini statistici; dette finalità sono considerate compatibili con le finalità iniziali (ai sensi dell'art. 5, par. 1, lett. b), del Regolamento UE 12016/679); tale ulteriore trattamento sarà realizzato tenendo conto della necessità di rispettare il principio della minimizzazione del dato, in conformità a quanto stabilito dall'art. 89, paragrafo 1, del Regolamento UE 2016/679.
4. **Categorie di dati personali oggetto di trattamento:**
d.1) categorie comuni: dati personali identificativi, dati relativi alla residenza o al domicilio, dati relativi alla composizione del nucleo familiare, dati relativi alla sede di servizio, titoli di studio e professionali, titoli di servizio; dati reddituali e patrimoniali;
d.2) categorie particolari di dati personali: dati relativi alla salute propria o del coniuge o di familiari conviventi;
5. **Base giuridica del trattamento:** Art. 6, par. 1, lett. a) e b) del Regolamento UE 2016/679; D.Lgs. n. 165/2001; CCNL del comparto di riferimento; L. 241/1990. Per i dati relativi alla salute, la base giuridica del trattamento è costituita dall'art. 9, par. 2, lett. a) e b), del Regolamento UE 2016/679.
Destinatari dei dati personali: i dati personali potranno essere comunicati ad altri uffici del MIM, agli Uffici finanziari del Ministero dell'Economia e delle Finanze, al Giudice del Lavoro e all'Avvocatura dello Stato in caso di ricorsi.
6. **Natura obbligatoria del conferimento dei dati.** Il conferimento dei dati richiesti è necessario per istruire e valutare la domanda di provvidenze economiche. L'eventuale omissione o rifiuto di fornire i dati necessari può comportare l'impossibilità di assegnare le provvidenze richieste.
7. **Periodo di conservazione dei dati:** per tutto il periodo antecedente alla prescrizione dei diritti di azione aventi ad oggetto le decisioni in ordine all'assegnazione delle provvidenze di cui si tratta nonché fino a quando la conservazione dei dati sia utile alla determinazione degli obblighi in capo al dipendente.
8. **Diritti dell'interessato.** L'interessato può chiedere, per il tramite di questo USR Abruzzo, al Titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali; può chiedere la rettifica di dati inesatti o l'integrazione di dati incompleti, fatti comunque salvi gli effetti giuridici già prodottisi per effetto dei dati personali dichiarati dall'interessato entro il termine di presentazione della domanda. Può altresì richiedere la limitazione del trattamento dei dati nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento UE 2016/679, nonché la cancellazione dei dati personali quando questi non siano più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati trattati e a quelle con esse compatibili, decorso il periodo di conservazione sopra indicato. Non opera il diritto alla "portabilità dei dati" di cui all'art. 20 del Regolamento, in quanto essi sono trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o per l'esercizio di pubblici poteri (art. 20, par. 3, Reg.).
9. L'interessato può proporre **reclamo** al Garante per la privacy nel caso in cui ritenga che il trattamento dei suoi dati personali violi il regolamento UE 2016/679. Può altresì adire l'Autorità giurisdizionale.
10. **Fonte dei dati:** partecipante alla procedura (esclusivamente).