

MODELLO di domanda di Provvidenze 2020

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il
Friuli Venezia Giulia
Via S. Martiri, 3
34123 TRIESTE

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2019

Il/La sottoscritt.....
nat_ a il residente
in.....Prov.....
Via.....n°.....Cap.
e domiciliato in (indicare se diverso dalla residenza)
Prov.....
Via.....n°.....Cap.
Codice Fiscale

C H I E D E

ai sensi del presente Decreto n.....di data..... del Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Friuli Venezia Giulia, l'assegnazione di un
sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- ☐ decesso diRapporto di parentela¹.....
- ☐ malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti
componenti del nucleo
familiare:
.....Rapporto di parentela².....
.....Rapporto di parentela.....

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (contrassegnare con una
X l'opzione di interesse):

- ☐ di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in
servizio presso
con la qualifica di

¹ Specificare se la persona deceduta era: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

² Specificare il rapporto di parentela: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

☐ di 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

☐ di essere familiare di

il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso

con la qualifica difino al

☐ che il nucleo familiare di cui fa parte, **alla data dell'evento**, era così composto:

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

☐ che la richiesta di sussidio per "Decesso" riguarda il familiare

deceduto il a Prov.

e che la spesa sostenuta per il decesso, nell'anno 2019, ammonta ad €
.....

☐ che la richiesta di sussidio per "Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità" riguarda:

☐ me medesimo

☐ il familiare.....;

che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno 2019 , ammontano ad € e, quindi sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.500,00.

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, Assicurazioni.

Allega:

1. Attestato ISEE relativo all'anno 2019;

Fotocopia del codice fiscale e del documento di identità.

Se la richiesta di sussidio è relativa a (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

☐ "Decesso", **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa;
- b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
- c. copia o autocertificazione dello stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;

☐☐ “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità”, **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità. Documentazione di seguito elencata:

.....

.....

.....

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

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

Codice IBAN:[illegible]

☐ Conto corrente postale n° intestato al sottoscritto/a
UFFICIO POSTALE di

Codice IBAN:[illegible]

Il/la sottoscritt_ , consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, **conferma espressamente** che tutte le dichiarazioni rese nel presente modulo corrispondono al vero.

E' altresì consapevole che l'Amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art. 15 della L. n. 183/2011.

Il/La sottoscritt_ **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Per eventuali comunicazioni:

N. telefono

Posta elettronica.....

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritt.....
nat_ aProv..... il
residente in.....Prov.....
Via.....n°.....Cap.

Consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

DICHIARA

(contrassegnare con una X l'opzione di interesse)

☐☐ che la famiglia convivente, alla data dell'evento, era composta da:

(cognome e nome)

(luogo e data di nascita)

(rapporto di parentela)

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

☐☐ (in caso di richiesta di sussidio per "Decesso") che il proprio.....,

(rapporto di parentela)

.....nato il.....a.....
(cognome nome)

e residente aè morto in data
a.....

Luogo e data_____

IL DICHIARANTE

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.