Allegato al Decreto n. 405/2023

Modello di domanda di provvidenze

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 ai sensi del D.D.G. n. _____

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. _____del _____, l'assegnazione di un sussidio per:

☐ Prestazioni mediche specialistiche ed 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 e successive modificazioni e integrazioni, 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 01/01/2023 - 31/10/2023.
2. che le spese sostenute per il decesso / per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nel periodo 01/01/2023 – 31/10/2023 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 2022 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**

_____ _____