

MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Ufficio del Personale  
Viale Giorgio Ribotta n. 41  
00144 Roma

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2017**

Il/La .....  
nat.... a ..... il ..... residente  
in ..... Prov.....  
Via ..... n° ..... Cap. ....  
e domiciliat\_ in (indicare se diverso dalla residenza) ..... Prov.....  
Via ..... n° ..... Cap. ....  
Codice Fiscale .....

C H I E D E

ai sensi del D.D.G. n. 547 del 22/12/2015 dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio, l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- decesso di ..... Rapporto di parentela<sup>1</sup> .....
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:  
..... Rapporto di parentela<sup>2</sup> .....  
..... 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 .....
- 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 .....

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

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

il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso .....  
con la qualifica di ..... fino 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 **2017**, 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 **2017**, ammontano ad € ..... e, quindi, sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 3.500.00.

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. Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente (come definito all'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) corredata degli attestati I.S.E. e I.S.E.E. relativi all'anno **2017**;
2. 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'originali 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:**

I	T																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

conto corrente postale n° ..... intestato al\_ sottoscritto/a  
UFFICIO POSTALE di .....

**Codice IBAN:**

I	T																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.