

Modello di domanda di provvidenze

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per  
l'Emilia-Romagna  
via de' Castagnoli n.1  
Ufficio II

40126 BOLOGNA

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n. 299 del 20.10.2014.

**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. – E.-R. n. 299 del 20.10.2014, l'assegnazione di un sussidio per:

( ) decesso di \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_

( ) malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A tal fine dichiara, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità:**

( ) di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ - (via , comune e prov.) \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_,

( ) di essere in servizio continuativo dal \_\_\_\_\_

( ) 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 \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

( ) di essere familiare di \_\_\_\_\_ il quale era già dipendente del  
MIUR, in servizio presso \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_  
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 nell'anno 2013;
2. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno 2013 ammontano a € \_\_\_\_\_, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.500.
3. che la documentazione della 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.

**Allega** (contrassegnare con X i documenti allegati):

( ) Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata degli attestati I.S.E. ed I.S.E.E. calcolati sui redditi percepiti nell'anno 2013 dall'**attuale** nucleo familiare.

( ) originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spese sostenute e non rimborsate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) fotocopia di documento di identità.

**Il/La sottoscritt\_\_ chiede** altresì che il sussidio eventualmente assegnato venga accreditato in:

( ) conto corrente bancario N° \_\_\_\_\_ intestato al sottoscritto/a  
BANCA \_\_\_\_\_ Codice IBAN \_\_\_\_\_

( ) conto corrente postale N° \_\_\_\_\_ intestato al sottoscritto/a  
UFFICIO POSTALE di \_\_\_\_\_ Codice IBAN \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritt\_\_**, consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero.

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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_