

MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale
per il Piemonte
C.so Vittorio Emanuele 70
10121 TORINO

drpi@postacert.istruzione.it

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del Decreto Direttore Generale USR Piemonte prot. n. 13086 del 04/09/2018

Il/La sottoscritt _____ nat_ a _____
il _____, residente a _____ Prov. _____ Cap. _____
e domiciliato (qualora diverso dalla residenza) _____ Prov. _____ Cap. _____
in Via _____ n° _____
C.F. _____

CHIEDE

Ai sensi del D.D.G. dell'USR Piemonte prot. n. 13086 del 04/09/2018, l'assegnazione di un sussidio per:

- decesso di _____ Grado di parentela _____
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, sotto la propria responsabilità DICHIARA:

di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____ (Via, Comune, Prov.)
_____ con la qualifica di _____

di essere stato/a dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____ (Via, Comune, Prov.)
_____ con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data _____ per _____

di essere familiare di _____ il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) 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 la richiesta di sussidio per “Decesso” riguarda il familiare _____ nato a _____ il _____ Grado di parentela: _____ deceduto il _____ a _____ Prov. _____

che la richiesta di sussidio per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” riguarda il familiare _____ nato a _____ il _____ Grado di parentela: _____.

Dichiara altresì:

- Che l'evento per cui si richiede il sussidio si è verificato nell'anno 2017;
- Che le spese per cure mediche e di degenza per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno 2017 ammontano ad € _____ quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 3.500,00.
- Che per le spese ascrivibili alla malattia di cui sopra ha già usufruito in anni pregressi del relativo sussidio non ha mai usufruito in anni pregressi del relativo sussidio;

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:

- 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 dall'attestazione I.S.E.E. valida per l'anno 2018;
- originali o copie conformi all'originale della seguente documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità. Documentazione di seguito elencata:

- fotocopia del Codice Fiscale
- fotocopia del documento di identità.

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

conto corrente bancario n° _____ intestato al __ sottoscritt_
Banca _____ Agenzia di _____

Codice IBAN _____

Conto corrente postale n° _____ intestato al __ sottoscritt_
Ufficio Postale di _____

Codice IBAN _____

Il/la sottoscritt_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara che i dati forniti nella presente dichiarazione sono veritieri.

Per comunicazioni urgenti:

N. telefono abitazione _____

N. telefono cellulare _____

Posta elettronica _____

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

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
