

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. \_\_\_\_\_

C H I E D E

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

\_\_\_\_\_

