

Modello di domanda di provvidenze

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per  
la Toscana  
via Mannelli n.113  
Ufficio II  
50136 Firenze

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

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. – Toscana n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, l'assegnazione di un sussidio per:

- Spese per malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare \_\_\_\_\_;
- Spese funerarie per decesso di \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

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

ovvero

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 \_\_\_\_\_

ovvero

di essere familiare di \_\_\_\_\_ il quale era già dipendente del MIUR, in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Di esercitare la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_

che attualmente il nucleo familiare di cui fa parte è così composto:

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

che alla data del decesso, avvenuto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_), il nucleo familiare, oltre alla persona deceduta, aveva la stessa composizione

oppure:(cancellare l'ipotesi che non ricorre)

era così composto

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

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2017; .

- che le spese per cure mediche e di degenza sostenute, relativamente ad un'unica malattia grave, nell'anno 2017 ammontano a € \_\_\_\_\_, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.000;

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.

#### **DICHIARA inoltre**

Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto sono state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2018 (anno imposta 2017);

Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2018 (anno imposta 2017);

Allega:

- attestato ISEE in corso di validità

- 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 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:

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

\_\_\_\_\_