MODELLO di domanda di Provvidenze

Alla Direzione Generale

dell’Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Ufficio del Personale

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L’ANNO 2024**

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. …….del ………..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[[1]](#footnote-1) ………………………

□ patologie gravi certificate dal SSN ed interventi chirurgici del dipendente o dei seguenti componenti del nucleo familiare:

…………………………………………………:…. Rapporto di parentela[[2]](#footnote-2) ………………………..

…………………………………………………….. Rapporto di parentela ……………………….

**A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci dichiara espressamente, sotto la propria responsabilità, anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000**  (contrassegnare con una X l’opzione di interesse):

**□** di essere dipendente del Ministero dell’istruzione con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

con la qualifica di …………………………………………………………………………………….;

□ di essere stato/a dipendente del Ministero dell’istruzione con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:

………………………………………………………………………………………………………..

con la qualifica di ……………………………………………………………………………………..

e di essere cessato dal servizio in data ………………………………………………………………;

□ di essere familiare di ………………………………………………………………………………..

il/la quale era già dipendente del M.I.M. (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso ……………………………………………………………………………………………………….

con la qualifica di ……………………………………………….fino al ……………………………..;

□ che la richiesta di sussidio per “decesso” riguarda il familiare: ……………………………………

deceduto il ………………………………… a …………………………………… Prov. …………

e che la spesa sostenuta per il decesso, nell’anno \_\_\_\_\_ ammonta ad € …………………………….;

□ che la richiesta di sussidio per “patologie gravi certificate dal SSN ed interventi chirurgici” riguarda:

□ me medesimo

□ il familiare …………………………………………………………………………………..

che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un’unica patologia nell’anno **\_\_\_\_\_\_\_\_,** ammontano ad € ………………………… e, quindi, sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 2.000;

□ che il reddito del proprio nucleo familiare determinato con l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) in corso di validità non supera il limite di € 35.000,00.

Il/La sottoscritt\_ **dichiara espressamente, sotto la propria responsabilità,** 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 e che non sono stati ricevuti rimborsi e e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale o di Associazioni assicurative e di assistenza volontaria o obbligatoria.

Il/La sottoscritt\_ **dichiara espressamente, sotto la propria responsabilità**, che le spese per le quali si chiede sussidio:

 non sono già state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2024 (anno imposta 2023);

 sono già state diminuite dell’eventuale importo portato in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2024 (anno imposta 2023).

**Allega:**

1. ISEE in corso di validità;
2. dichiarazione relativa alla composizione del nucleo familiare al momento dell’evento;
3. 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:**

1. originali o copie dichiarate conformi all’originale ai sensi del D.P.R. 445/2000 con apposita sottoscrizione (pena la non valutazione dei documenti allegati) della documentazione giustificativa di spesa;
2. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare.

□ “**Patologie gravi certificate dal SSN ed interventi chirurgici** ”, **allega anche:**

1. Originali o copie conformi agli originali ai sensi del D.P.R. 445/2000 con apposita sottoscrizione (pena la non valutazione dei documenti allegati) della documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia certificata dall’Autorità competente.

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.

È 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 e s.m.i.

Per eventuali comunicazioni:

telefono …………………………………………;

indirizzo e-mail …………………………………..

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

Luogo e data

Firma del richiedente

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

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive e ulteriore documentazione sopra richiamata.

1. Specificare esclusivamente qualora la persona deceduta sia diversa dal/dalla dipendente (es. il/la coniuge, il/la convivente di fatto, il/la figlio/a o altro familiare, purché facenti parte del nucleo familiare del dipendente al momento dell’evento). [↑](#footnote-ref-1)
2. Specificare se la persona interessata era il dipendente ovvero il/la coniuge, il/la convivente di fatto, il/la figlio/a o altro familiare, purché facente parte del nucleo familiare del dipendente al momento dell’evento. [↑](#footnote-ref-2)