

MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio del Personale
Viale Giorgio Ribotta n. 41
00144 Roma

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2017

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. 547 del 22/12/2015 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 parentela¹
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:
..... Rapporto di parentela²
..... Rapporto di parentela

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso:
.....
.....
con la qualifica di
- 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;
- di essere familiare di

¹ Specificare se la persona deceduta era: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purchè appartenenti dallo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi.

² Specificare il rapporto di parentela: coniuge, figlio, padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purchè appartenenti dallo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purchè conviventi.

il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso
con la qualifica di fino al

che il nucleo familiare di cui fa parte, **alla data dell'evento**, era così composto:

.....
.....
.....
.....
.....

che la richiesta di sussidio per “Decesso” riguarda il familiare:
deceduto il a Prov.
e che la spesa sostenuta per il decesso, nell'anno **2017**, ammonta ad €

che la richiesta di sussidio per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” riguarda:
 me medesimo
 il familiare
che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno **2017**, ammontano ad € e, quindi, sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 3.500.00.

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:

1. 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 degli attestati I.S.E. e I.S.E.E. relativi all'anno **2017**;
2. 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:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa;
- b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
- c. copia o autocertificazione dello stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;

“**Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità**”, **allega anche:**

- a. Originali o copie conformi all'originali della documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità. Documentazione di seguito elencata:

