

(modello di domanda)

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la
Campania
Ufficio I - AA.GG. Personale e servizi della
D.G. - Via Ponte della Maddalena, 55
80142 NAPOLI

Oggetto: Richiesta di sussidio.

Il sottoscritto nato a
il..... residente a
in Via
C.F.

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. n., l'assegnazione di un sussidio per:

- decesso di (*).....
 malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare (*) :
.....
.....

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

- di essere dipendente del MIUR in servizio presso
.....
con la qualifica di
 di essere in servizio continuativo dal
 di essere stato dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso
.....
.....
con la qualifica di
e di essere cessato dal servizio in data
 di essere familiare (*) di
il quale era già dipendente di ruolo del MIUR, in servizio presso
.....

con la qualifica di fino al

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

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

Dichiara altresì (cancellare la parte che non interessa) :

- 1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato dal 1° dicembre 2017 al 10 Settembre 2018);
- 2. che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro
- 3. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nell'anno 2017/2018 ammontano a euro

Il sottoscritto dichiara espressamente che:

- 1. non sussistono ulteriori redditi oltre quelli dichiarati ai fini della determinazione dell'indicatore della situazione economica (I.S.E.E.), modello 730 e/o UNICO, anche in capo agli altri componenti il nucleo familiare quale risulta dalle evidenze anagrafiche;
- 2. 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.

Allega ()** -contrassegnare con X i documenti allegati-:

() Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dall'attestato I.S.E.E. relativo all'anno 2017 e/o Modello 730 UNICO.

() originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa sostenuta:

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

- () documentazione medica
- () certificato di morte di
- () stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente
- () fotocopia di documento di identità.

Il sottoscritto chiede altresì che il sussidio eventualmente assegnato gli venga accreditato:

presso l'istituto di credito/ufficio postale

Codice IBAN

intestato a

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni, anche penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero.

Eventuali comunicazioni potranno essere inviate al seguente recapito:

.....

.....
(indicare anche il numero di telefono cellulare ed indirizzo di posta elettronica)

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento.

Il sottoscritto **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Data

Firma

.....

Note

() Contrassegnare con (X) l'opzione di interesse

(*) E' obbligatorio indicare anche il rapporto di parentela col richiedente

(**) Tutta la documentazione deve essere presentata contestualmente alla domanda entro il termine previsto dal bando (10/09/2018); in nessun caso, è ammesso fare riferimento a documentazione presentata in precedenza o esprimere riserva di integrare la documentazione oltre il suddetto termine.-