**(Allegato 1 - modello di domanda)**

|  |  |
| --- | --- |
| Al | Direttore Generale  dell’Ufficio Scolastico Regionale per la Campania Ufficio I – AA.GG. Personale e servizi della D.G. – |

## Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. prot del .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nato/a a | | |  | | | | | | | | | | | | | Prov. | |  | | | | | |
| il |  | | | | | | | | residente a | | |  | | | | | | | | Prov. | |  | |
| in Via | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |

### CHIEDE

**Contrassegnare con (X) le opzioni di interesse**

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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grado di parentela | Nome e Cognome | Luogo e Data di nascita |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dichiara altresì: *(cancellare la parte che non interessa)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | che l’evento per cui chiede il sussidio si è verificato dal 1 Novembre 2021 al 31 Ottobre 2022 | |
| 2. | che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro |  |
| 3. | che le spese per cure mediche e di degenza sostenute  nel periodo 2021/2022 ammontano a euro: |  |

Il sottoscritto dichiara espressamente che:

|  |  |
| --- | --- |
|  | non sussistono ulteriori redditi oltre quelli dichiarati ai fini della determinazione dell’indicatore della  situazione economica (I.S.E.E.), anche in capo agli altri componenti il nucleo familiare quale risulta dalle evidenze anagrafiche |
|  | 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 2021 | | | |
|  | 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 e codice fiscale | | |  |

Il sottoscritto chiede 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 ai seguenti recapiti:

|  |  |
| --- | --- |
| Numero di cellulare |  |
| Indirizzo di posta elettronica |  |

dei quali 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 |  |
| (\*) | È obbligatorio indicare anche il rapporto di parentela col richiedente |
| (\*\*) | Tutta la documentazione deve essere presentata contestualmente alla domanda entro il termine previsto dal bando; in nessun caso è ammesso  fare riferimento a documentazione presentata in precedenza o esprimere riserva di integrare la documentazione oltre il suddetto termine. |