**Allegato al Decreto n. 19484 del 2/12/2015**

***Modello di domanda di provvidenze***

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Palermo

per il tramite

*(indicare l'Ufficio scolastico territoriale o l'Istituzione scolastica di appartenenza)*

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

**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. – Sicilia n. 19484 del 2/12/2015, l'assegnazione di un sussidio per:

☐ Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare_____(grado di parentela) _____;

☐ 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, dichiara sotto la propria responsabilità 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

☐ 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

☐ essere familiare di _____ il quale era già dipendente del MIUR, in servizio presso _____con la qualifica di _____
fino al _____ deceduto il _____a _____ e di esercitare la seguente attività lavorativa _____.

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

_____
Che, alla data del decesso, avvenuto il _____ a _____ prov. (_____), il nucleo familiare oltre alla persona deceduta aveva la stessa composizione o (cancellare l'ipotesi che non ricorre) era così composto _____
_____
_____

**Dichiara altresì**:

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno _____;
2. che le spese sostenute per il decesso / per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno _____ ammontano a € _____, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 2.000.
3. che la documentazione della patologia diagnosticata è reperibile presso _____
   _____

**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.

**Allega**:

☐ Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dell'attestazione I.S.E.E. calcolata sulla situazione reddituale dell'anno 2014 dall'**attuale** nucleo familiare.

☐ originali (o copie conformi) dei seguenti documenti giustificativi relativi alla causale della richiesta e alle 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**

_____ _____