



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Direzione Generale

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Via Assarotti, 38
16122- GENOVA

RICHIESTA DI SUSSIDIO PER L'ANNO 2015

Il/la sottoscritt _____

nat__ a _____ Il _____

residente a _____ via/piazza _____

e domiciliato a (indicare se diverso dalla residenza) _____

via/piazza _____

C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria prot. n. 682 del 11/7/2016,
l'assegnazione di un sussidio per: (contrassegnare con (X) l'opzione di interesse)

() decesso di _____

() malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni false o mendaci (DPR 445/2000):

() di essere dipendente del M.I.U.R./Scuola, in servizio presso

con la qualifica di _____

di essere in servizio continuativo dal _____

() di essere stato dipendente del M.I.U.R./Scuola in servizio presso

con la qualifica di _____

e di essere cessato dal servizio in data _____

() di essere familiare (indicare il rapporto di parentela) di _____

il quale era già dipendente del MIUR/Scuola in servizio presso _____

con la qualifica di _____

_____ fino al _____

Dichiara che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto (o era così composto alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente):

Dichiara altresì

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno _____;
- che le spese sostenute per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica patologia ammontano ad € _____ e quindi sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.000,00;
- che non sussistono, per lo stesso evento, altre richieste di sussidio, né da parte sua, né da parte di altri familiari, inoltrate ad altri enti Enti pubblici, società, associazioni o assicurazioni.

Si allegano:

copia conforme dell'attestazione I.S.E.E. relativa all'anno 2015;

originali o copie conformi dei seguenti documenti di spesa:

autocertificazione di decesso

autocertificazione di stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente

documentazione attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità

fotocopia del documento di identità del richiedente

fotocopia del codice fiscale del richiedente

Il/la sottoscritt ___ chiede che il sussidio eventualmente assegnato sia accreditato con una delle seguenti modalità di accredito:

c/c bancario n. _____ Banca _____

IBAN _____

c/c postale n. _____ Ufficio di _____

IBAN _____

contanti presso Banca d'Italia della provincia di _____

Eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo _____

n. telefonico _____

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento dopo la presentazione della domanda.

Firma del richiedente

Il/la sottoscritt ___ autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Firma del richiedente

Data _____
