**(modello di domanda)**

|  |  |
| --- | --- |
| Al | Direttore Generaledell’Ufficio Scolastico Regionale per la CampaniaUfficio 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.-**