



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, 40
16122- GENOVA

Per il tramite del
Dirigente dell'Ambito Territoriale di _____

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2011

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. 1392/C14 del 13.03.2012, l'assegnazione di un sussidio per: (contrassegnare con (X) l'opzione di interesse)

() decesso di _____

() malattie ed interventi chirurgici _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

() 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 € 5.000,00;
- che non sussistono, per lo stesso evento, altre richieste di sussidio, ne' da parte sua, ne' da parte di altri familiari, inoltrate ad altri enti Enti pubblici, società, associazioni o assicurazioni.

Si allegano:

() copia conforme del modello I.S.E.E. relativo all'anno _____;

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

() certificazioni mediche _____

- _____
- () autocertificazione di decesso
- () autocertificazione di stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;
- () fotocopia del documento di identità 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 _____

Il/la sottoscritt _____, consapevole delle sanzioni, civili e penali, conseguenti alle dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, conferma che tutte le dichiarazioni rese nel presente modulo corrispondono al vero.

E' altresì consapevole che l'amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate.

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

Eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo _____

n. telefonico _____

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

Data _____

Firma del richiedente