

**(modello di domanda)**

Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna  
Direzione Generale - Ufficio I  
Piazza G.Galilei, 36  
09128 Cagliari

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. prot.n. 17555 del 13 dicembre 2017

  I   **sottoscritt** .....  
nat\_ a ..... il ..... residente a .....  
in Via .....  
C.F. ....

**CHIEDE**

ai sensi del D.D.G. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ aprile 2016, l'assegnazione di un sussidio per:  
( ) decesso di (\*).....

( ) malattie ed interventi chirurgici riguardanti il richiedente o i componenti del nucleo familiare (\*) :  
.....  
.....

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

( ) di essere dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso .....  
.....  
con la qualifica di .....

( ) 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 nell'anno 2016;
- 2.. che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro ..... ;
- 3..che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nell'anno 2016 ammontano a euro .....

**\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ dichiara espressamente** di non aver usufruito negli anni pregressi del medesimo beneficio per cure ascrivibili alla stessa malattia e 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.

**Allega** (contrassegnare con X i documenti allegati):

( ) Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata degli attestati I.S.E. ed I.S.E.E. relativi all'anno 2016

copie conformi dei seguenti documenti di spesa sostenuta:

.....  
.....  
.....  
.....

- ( ) documentazione medica (solo per i casi previsti nell'art.6 );
- ( ) autocertificazione attestante il decesso del dipendente o del familiare convivente;
- ( ) autocertificazione attestante lo stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;
- ( ) fotocopia di documento di identità del richiedente.

**\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_** chiede altresì che il sussidio eventualmente assegnato gli venga accreditato con la seguente modalità:

( ) c/c bancario n..... intestato a .....accesso presso la banca  
Codice IBAN .....

( ) c/c postale n..... intestato a .....accesso presso l'Ufficio postale di.....  
Codice IBAN .....

\_\_I\_\_ 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 (indirizzo e numero telefonico):

.....

.....

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento.

**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