

MODELLO DI DOMANDA

SUSSIDI ANNO 2022 (spese 2021)

All'Ufficio Scolastico Regionale
per la Lombardia
Direzione generale
Via Polesine, 13
20139 Milano
drlo@postacert.istruzione.it

Il/La sottoscritt _____
nat_____ a _____
residente a _____ prov. _____ cap. _____
Via _____ n. _____
domiciliato a _____ prov. _____ cap. _____
(qualora diverso dalla residenza)
Via _____ n. _____
recapito tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. 859 del 28/04/2022, concernente le "Provvidenze in favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie", l'assegnazione di un sussidio per:

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

Malattie gravi

- ☐ Per se stesso
☐ Per il seguente familiare:

_____ nato il ____/____/____
a _____ codice fiscale _____ residente a _____,
Via _____ (medesima residenza del richiedente)
con il seguente rapporto di parentela _____

Decesso di

_____ nato il ____/____/____
a _____ codice fiscale _____ residente a _____,
Via _____ (medesima residenza del richiedente)
e deceduto il ____/____/____ codice fiscale _____ con il seguente rapporto di
parentela _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

☐ di essere dipendente del MI con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___
in servizio presso _____
con qualifica di _____

oppure:

☐ di essere stato/a dipendente del MI in servizio presso _____
_____ con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data ___/___/___

oppure:

☐ di essere familiare di _____ già dipendente del
MI, in servizio presso _____ con la
qualifica di _____ fino al ___/___/___ deceduto il
___/___/___ a _____

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2021;
- che le spese per cure mediche e di degenza, relativamente ad un'unica malattia riferita a patologie gravi, sostenute nell'anno 2021 ammontano complessivamente a € _____;
- che le spese funerarie per decesso di _____ sostenute nell'anno 2021 ammontano complessivamente a € _____.

Il/La sottoscritt ___ dichiara inoltre che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2022 (anno imposta 2021);

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:

- attestazione dell'I.S.E.E. corrente;
- originali o copie dichiarate conformi all'originale sotto la propria responsabilità, dei documenti giustificativi della spesa sostenuta; tali documenti dovranno essere intestati al soggetto richiedente o a uno dei componenti del nucleo familiare;
- autocertificazione attestante il decesso del dipendente o del familiare di cui all'art. 4 e relativa documentazione giustificativa di spesa;
- documentazione medica comprovante la grave patologia e relativa documentazione giustificativa della spesa;
- copia fotostatica del codice fiscale del richiedente;
- copia fotostatica del documento di identità del richiedente

Il/La sottoscritt_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

- ☐ conto corrente bancario n° _____ intestato al _____
sottoscritt_ Banca _____ Agenzia di _____

Codice IBAN _____

- ☐ conto corrente postale n° _____ intestato al _____
sottoscritt_ Ufficio Postale di _____

Codice IBAN _____

Il/la sottoscritt_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara che i dati forniti nella presente dichiarazione sono veritieri.

_____, __/__/____

Firma