

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Ufficio del Personale  
Via L. Pianciani, 32  
00185 - Roma

### **RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2015**

Il/La sottoscritt.....  
nat\_ a ..... il ..... residente  
in.....Prov.....  
Via.....n°.....Cap. ....  
e domiciliato in (indicare se diverso dalla residenza) ..... Prov.....  
Via.....n°.....Cap. ....  
Codice Fiscale .....

### **C H I E D E**

ai sensi del D.D.G. n. 547 del 22/12/2015 dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio,  
l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- ☐ decesso di .....Rapporto di parentela<sup>1</sup>.....
- ☐ malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:  
.....Rapporto di parentela<sup>2</sup>.....  
.....Rapporto di parentela.....

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità** (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- ☐ di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso  
.....  
con la qualifica di .....
- ☐ di essere stato/a dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso  
.....  
con la qualifica di .....  
e di essere cessato dal servizio in data .....
- ☐ di essere familiare di .....

---

<sup>1</sup> Specificare se la persona deceduta era: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

<sup>2</sup> Specificare il rapporto di parentela: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso .....  
con la qualifica di .....fino al .....

☐ che il nucleo familiare di cui fa parte, alla data dell'evento, era così composto:

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

☐ che la richiesta di sussidio per “Decesso” riguarda il familiare .....  
deceduto il ..... a ..... Prov. ....  
e che la spesa sostenuta per il decesso, nell'anno **2015**, ammonta ad € .....

☐ che la richiesta di sussidio per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” riguarda:

☐ me medesimo

☐ il familiare.....;

che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno **2015**, ammontano ad € ..... e, quindi sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 3.500,00.

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, Assicurazioni.

### **Allega:**

1. Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente (come definito all'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) corredata degli attestati I.S.E. e I.S.E.E. relativi all'anno **2015**;
2. Fotocopia del codice fiscale e del documento di identità.

Se la richiesta di sussidio è relativa a (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

☐ “Decesso”, **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa;
- b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
- c. copia o autocertificazione dello stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;

☐ “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità”, **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità. Documentazione di seguito elencata:

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

Il/La sottoscritt\_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

☐ conto corrente bancario n° ..... intestato al sottoscritto/a  
BANCA..... Agenzia di .....

**Codice IBAN:**

IT 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

☐ Conto corrente postale n° ..... intestato al sottoscritto/a  
UFFICIO POSTALE di .....

**Codice IBAN:**

IT 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Il/la sottoscritt\_** , consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, **conferma espressamente** 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 nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art. 15 della L. n. 183/2011.

Il/La sottoscritt\_ **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Per eventuali comunicazioni:

N. telefono .....

Posta elettronica.....

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritt.....  
nat\_ a .....Prov..... il .....  
residente in.....Prov.....  
Via.....n°.....Cap. ....

Consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

**DICHIARA**

(contrassegnare con una X l'opzione di interesse)

☐ che la famiglia convivente, alla data dell'evento, era composta da:

| (cognome e nome) | (luogo e data di nascita) | (rapporto di parentela) |
|------------------|---------------------------|-------------------------|
| .....            | .....                     | .....                   |
| .....            | .....                     | .....                   |
| .....            | .....                     | .....                   |
| .....            | .....                     | .....                   |
| .....            | .....                     | .....                   |
| .....            | .....                     | .....                   |

☐ ( in caso di richiesta di sussidio per “Decesso”) che il proprio.....,  
.....(rapporto di parentela)

.....nato il.....a.....  
(cognome nome)

e residente a .....è morto in data .....  
a.....

Luogo e data\_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_