

MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale  
per il Molise  
Via Garibaldi 25

CAMPOBASSO

[drmo@postacert.istruzione.it](mailto:drmo@postacert.istruzione.it)

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi decreto del dirigente titolare dell'USR Molise n.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
e domiciliato (qualora diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_.

C H I E D E

Ai sensi del Decreto Dirigenziale dell'USR Molise, l'assegnazione di un sussidio per:

- decesso di \_\_\_\_\_ Grado di parentela \_\_\_\_\_
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A tal fine dichiara, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità:

- di essere dipendente del MIUR/istituzione scolastica con contratto a tempo indeterminato in servizio presso  
\_\_\_\_\_ (Via, Comune, Prov.)  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_
- di essere stato/a dipendente del MIUR/Istituzione scolastica con contratto a tempo indeterminato in servizio presso  
\_\_\_\_\_ (Via, Comune, Prov.)  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
e di essere cessato dal servizio in data \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

di essere familiare di \_\_\_\_\_ il/la quale era già dipendente del MIUR/istituzione scolastica (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso

\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ e di esercitare la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_

che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

che la richiesta di sussidio per “Decesso” riguarda il familiare \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Grado di parentela: \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

che la richiesta di sussidio per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” riguarda il familiare \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Grado di parentela: \_\_\_\_\_.

Dichiara altresì:

- Che l'evento per cui si richiede il sussidio si è verificato nell'anno 2017;
- Che le spese per cure mediche e di degenza per “Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità” sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno 2017 ammontano ad € \_\_\_\_\_ quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € \_\_\_\_\_

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:

- 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);
- attestazione I.S.E.E. relativa all'anno 2017;
- documentazione attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità;
- autocertificazione attestante il decesso del dipendente o familiare;

in caso di decesso del dipendente o familiare: certificato di morte o autocertificazione e stato di famiglia o autocertificazione alla data del decesso;

originali o copie conformi all'originale della seguente documentazione giustificativa di spesa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

- fotocopia del Codice Fiscale;
- fotocopia del documento di identità.

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.

Per comunicazioni urgenti:

N. telefono abitazione \_\_\_\_\_

N. telefono cellulare \_\_\_\_\_

Posta elettronica \_\_\_\_\_

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

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

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

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

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_