

Modello di domanda di provvidenze

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per  
la Toscana  
via Mannelli n.113  
Ufficio II  
50136 Firenze

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n. 853 del 22/10/2021

Il/La sottoscritt\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cap.  
\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ e domiciliato a (qualora  
diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del D.D.G. dell'U.S.R. - Toscana n. 853 del 22/10/2021, l'assegnazione di un sussidio per:

Spese connesse alla sussistenza di patologie gravi, con invalidità superiore al 50%, certificate, riguardanti il dipendente e/o i seguenti componenti del nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E. (da intendersi, d'ora in avanti, ai sensi dell'art. 3, c. 7, del Bando, come composto dai componenti della famiglia anagrafica):  
\_\_\_\_\_;

Spese connesse a prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici con esclusione di quelli meramente estetici, non determinati da situazioni invalidanti, riguardanti il dipendente e/o i seguenti componenti del nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E.:  
\_\_\_\_\_;

Spese funerarie per decesso del dipendente e/o dei seguenti componenti del nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E.: \_\_\_\_\_;

A tal fine, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, 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 \_\_\_\_\_ e in servizio continuativo dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (via, comune e prov.) \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_,

ovvero

di essere stato/a dipendente del MI con contratto a tempo indeterminato in servizio presso

\_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

e di essere cessato dal servizio in data \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

ovvero

di essere familiare di \_\_\_\_\_ il quale era già dipendente del MI, in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ deceduto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Di esercitare la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_

che attualmente il nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E. è così composto:

\_\_\_\_\_

che alla data del decesso, avvenuto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il nucleo familiare rilevante ai fini I.S.E.E., oltre alla persona deceduta, aveva la stessa composizione

oppure:(cancellare l'ipotesi che non ricorre)

era così composto

\_\_\_\_\_

- che le spese di cui sopra sono state sostenute nell'anno 2020 e ammontano a € \_\_\_\_\_, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.000;

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.

#### DICHIARA inoltre

Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto sono state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2021 (anno imposta 2020);

Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2021 (anno imposta 2020);

Allega:

- originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spese sostenute e non rimborsate, debitamente quietanzati: \_\_\_\_\_

- attestato ISEE in corso di validità alla data del bando

- fotocopia di documento di identità

- per le domande relative a patologie gravi, con invalidità superiore al 50%, i seguenti certificati e/o documenti (opportunamente oscurati) idonei a comprovare la patologia, rilasciati dal Servizio Sanitario

Nazionale:

\_\_\_\_\_

- per le domande relative a decessi, dichiarazione personale sotto la propria responsabilità, redatta ai sensi delle disposizioni contenute nel D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sostitutiva del certificato di morte del dipendente o del familiare e del certificato di stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente

Il/La sottoscritt \_\_ chiede altresì che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato in conto corrente bancario o postale n. \_\_\_\_\_ intestato al sottoscritto/a BANCA/UFFICIO POSTALE \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Per eventuali urgenti comunicazioni:

n. telefonico/i \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ posta elettronica  
\_\_\_\_\_

E' consapevole che l'amministrazione effettuerà verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art.15 della Legge 12 novembre 2011 n.183.

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

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

\_\_\_\_\_

Note

Contrassegnare con (X) l'opzione d'interesse.

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 IL CONTRIBUTO

\_\_\_\_\_