

DOMANDA SUSSIDIO ANNO 2022 (spese 2021)

Al Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna

V. Giudice Guglielmo, 46 - 09131 CAGLIARI

Il/La sottoscritt _____
cognome nome

nat__ a _____ il ___/___/___

residente a _____ prov. _____ Cap. _____

Via _____ n. _____

domiciliato a _____ prov. _____ Cap. _____
(qualora diverso dalla residenza)

Via _____ n. _____

recapito tel. _____

Email _____

CHIEDE

ai sensi del Decreto del Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna concernente le provvidenze a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie per l'anno **2022**, l'assegnazione di un sussidio per:

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

A) Patologie gravi, con invalidità superiore al 50%:

- Per se stesso
- Per il seguente familiare:

_____ cognome nome

nat__ a _____ il ___/___/___

codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

B) Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici:

- Per se stesso
- Per il seguente familiare:

_____ cognome nome

nat__ a _____ il ___/___/___

codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

C) Decesso di:

cognome

nome

nat__ a _____ il ___/___/_____

e decedut__ a _____ il ___/___/_____

con il seguente rapporto di parentela _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

(scegliere una delle opzioni di interesse)

di essere dipendente del M.I. con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/_____, in servizio

presso _____ con qualifica di

_____, e che **il nucleo familiare è composto da:**

oppure:

di essere stato/a dipendente del MIUR in servizio presso _____

con la qualifica di _____ e di essere cessato dal servizio in data

___/___/_____, e che alla data dell'evento **il nucleo familiare era composto da:**

oppure:

di essere familiare di _____ già dipendente del MIUR, in

servizio presso _____ con la qualifica di

_____ fino al ___/___/_____

(solo per l'ipotesi C) che suddetto familiare è deceduto a _____ il ___/___/_____

e, alla data del decesso, **il nucleo familiare della persona deceduta era così composto:**

Il/La sottoscritt ___ è consapevole che l'Amministrazione effettuerà verifiche e controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e delle eventuali conseguenze, sia di natura penale che disciplinare, in caso di dichiarazioni mendaci, nonché del fatto che decadrà dai benefici eventualmente conseguiti.

_____, _____/_____/_____
luogo data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

I dati personali verranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e del D. Lgs. 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione di dati personali" n. 196, come integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n. 101.

_____, _____/_____/_____
luogo data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Documentazione allegata:

- attestato ISEE anno 2022
- fotocopia documento d'identità
- fotocopia del codice fiscale
- dichiarazione sottoscritta di conformità all'originale delle copie allegate
- copie della sottoelencata documentazione giustificativa di spesa:
