

**Modello di domanda di provvidenze**

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Palermo

per il tramite

*(indicare l'Ufficio scolastico territoriale o l'Istituzione  
scolastica di appartenenza)*

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n.

**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. – Sicilia n. \_\_\_\_\_, l'assegnazione di un sussidio per:

- Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_;
- Spese funerarie per decesso di \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_.

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, dichiara sotto la propria responsabilità di:

essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ e in servizio continuativo dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
(via, comune e prov.) \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
ovvero

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 \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

ovvero

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

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

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

Che, alla data del decesso, avvenuto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il nucleo familiare oltre alla persona deceduta aveva la stessa composizione o (cancellare l'ipotesi che non ricorre) era così composto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dichiara altresì:**

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2021;
2. che le spese sostenute per il decesso / per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno \_\_\_\_\_ ammontano a € \_\_\_\_\_, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 2.000.
3. che la documentazione della patologia diagnosticata è reperibile presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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:**

Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dell'attestazione I.S.E.E. calcolata sulla situazione reddituale dell'anno 2021 dall'**attuale** nucleo familiare.

originali (o copie conformi) dei seguenti documenti giustificativi relativi alla causale della richiesta e alle spese sostenute e non rimborsate:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

fotocopia di documento di identità.

**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**, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al bando, il trattamento dei propri dati personali.

Luogo e data

**FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_