



Ministero dell' Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Direzione Generale

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Via Assarotti, 38
16122- GENOVA

RICHIESTA DI SUSSIDIO PER EVENTI OCCORSI NELL'ANNO 2019

Il/la sottoscritt _____

nat_ a _____ Il _____

residente a _____ via/piazza _____

e domiciliato a (indicare se diverso dalla residenza) _____

via/piazza _____

C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria prot. n. 721 del 15/6/2020,
l'assegnazione di un sussidio per: (contrassegnare con X l'opzione di interesse)

() decesso di _____

() malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità relativi a (se stesso o indicare il familiare) _____

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni false o mendaci (DPR 445/2000):

() di essere dipendente del Ministero dell'Istruzione/Scuola, in servizio presso

con la qualifica di _____

di essere in servizio continuativo dal _____

() di essere stato dipendente del Ministero dell'Istruzione/Scuola in servizio presso

con la qualifica di _____

e di essere cessato dal servizio in data _____

() di essere familiare (indicare il rapporto di parentela) di _____

il quale era già dipendente del MI/Scuola in servizio presso _____

con la qualifica di _____

_____ fino al _____

Dichiara altresì

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2019;
- che le spese sostenute (per decesso o per cure mediche e di degenza relativamente ad un'unica patologia) ammontano ad € _____ e quindi sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.000,00;
- **che non sussistono, per lo stesso evento, altre richieste di sussidio, ne' da parte sua, ne' da parte di altri familiari, inoltrate ad altri enti Enti pubblici, Società, Associazioni o Assicurazioni.**

Si allegano:

() copia conforme dell'attestazione I.S.E.E. in corso di validità;

() originali o copie conformi dei seguenti documenti di spesa:

-
- autocertificazione di decesso
 autocertificazione di stato di famiglia alla momento del verificarsi dell'evento per cui si chiede il sussidio (art. 2 del regolamento)
 documentazione attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità
 fotocopia del documento di identità del richiedente
 fotocopia del codice fiscale del richiedente

Il/la sottoscritt ___ chiede che il sussidio eventualmente assegnato sia accreditato con una delle seguenti modalità di accredito:

c/c bancario n. _____ Banca _____

IBAN _____

c/c postale n. _____ Ufficio di _____

IBAN _____

contanti presso Banca d'Italia della provincia di _____

Eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo _____

n. telefonico _____

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento dopo la presentazione della domanda.

Firma del richiedente

Il/la sottoscritt ___ autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Firma del richiedente

Data _____
