

DOMANDA SUSSIDIO ANNO 2019 (spese 2018)

Al Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna, piazza Galilei n.36 - 09128 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 presente 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", l'assegnazione di un sussidio per:

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

Patologie gravi, con invalidità superiore al 50%:

- ☐ Per se stesso
- ☐ Per il seguente familiare:

(cognome) _____ (nome) _____ nato il ____/____/____

a _____ codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici:

- ☐ Per se stesso
- ☐ Per il seguente familiare:

(cognome) _____ (nome) _____ nato il ____/____/____

a _____ codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

Decesso di:

(cognome) _____ (nome) _____ nato il ____/____/____

a _____ e deceduto il ____/____/____ a _____

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:

di essere dipendente del MIUR 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 ____/____/____ deceduto il ____/____/____ a _____.

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

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno **2018**;

- che le spese per cure mediche e di degenza, relativamente ad un'unica patologia riferita a patologie gravi, con invalidità superiore al 50% o prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici, con esclusione di quelli meramente estetici non determinati da situazioni invalidanti, sostenute nell'anno **2018** ammontano complessivamente a € _____, quindi uguali o superiori alla soglia minima di Euro 1.000,00;

- che le spese funerarie per decesso di _____ sostenute nell'anno **2018** ammontano complessivamente a € _____, quindi uguali o superiori alla soglia minima di Euro 1.000,00.

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

Il/La sottoscritt ____ dichiara inoltre:

- ☐ Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto sono portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2019 (anno imposta 2018);

oppure:

- ☐ Che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2019 (anno imposta 2018);

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Documentazione allegata:

- attestato ISEE anno 2019
- fotocopia di documento di identità
- fotocopia del codice fiscale
- originali (o copie conformi) della documentazione giustificativa di spesa (relativa ad uno degli eventi di cui all'art. 2 comma 1 del bando):
