

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. 1236 DEL 4/10/2024**

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. 1236 DEL 4/10/2024, 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 MIM con contratto a tempo indeterminato dal _____ e in servizio continuativo dal _____ presso _____ (via , comune e prov.)
_____ con la qualifica di _____,

ovvero

Y di essere stato/a dipendente del MIM 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 MIM, in servizio presso _____ con la qualifica di _____ fino al _____ deceduto il _____ a _____. Di esercitare la seguente attività lavorativa _____

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

Y 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 2022 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

Y 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 2024 (anno imposta 2023);

Y 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 2024 (anno imposta 2023);

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
