

**(modello di domanda)**

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la  
Campania  
Ufficio I – AA.GG. Personale e servizi della  
D.G. - Via Ponte della Maddalena, 55  
80142 NAPOLI

Oggetto: Richiesta di sussidio E.F. 2017 .

**Il sottoscritto** ..... nato a .....  
il..... residente a .....  
in Via .....  
C.F. ....

**CHIEDE**

l'assegnazione di un sussidio per:

- decesso di (\*).....
- malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare (\*) :
- .....
- .....

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

- di essere dipendente del MIUR in servizio presso .....
- .....
- con la qualifica di .....
- di essere in servizio continuativo dal .....
- di essere stato dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso .....
- .....
- .....
- con la qualifica di .....
- e di essere cessato dal servizio in data .....
- di essere familiare (\*) di .....
- il quale era già dipendente di ruolo del MIUR, in servizio presso .....
- .....

con la qualifica di ..... fino al .....

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

.....  
.....  
.....

**Dichiara altresì** (cancellare la parte che non interessa) :

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato dal 1° dicembre 2016 al 30 novembre 2017);
2. che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro ..... ;
3. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nell'anno 2016/2017 ammontano a euro .....

**Il sottoscritto dichiara espressamente** che:

1. non sussistono ulteriori redditi oltre quelli dichiarati ai fini della determinazione dell'indicatore della situazione economica (I.S.E.E.), modello 730 e/o UNICO, anche in capo agli altri componenti il nucleo familiare quale risulta dalle evidenze anagrafiche;
2. 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.

**Allega (\*\*)** -contrassegnare con X i documenti allegati-:

( ) Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dall'attestato I.S.E.E. relativo all'anno 2016 e/o Modello 730 UNICO.

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

.....  
.....  
.....  
.....

( ) documentazione medica .....

( ) certificato di morte di .....

( ) stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente .....

( ) fotocopia di documento di identità.

**Il sottoscritto chiede** altresì che il sussidio eventualmente assegnato gli venga accreditato:

presso l'istituto di credito/ufficio postale .....

Codice IBAN .....

intestato a .....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni, anche penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero.

Eventuali comunicazioni potranno essere inviate al seguente recapito:

.....

.....  
**(indicare anche il numero di telefono cellulare ed indirizzo di posta elettronica)**

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento.

Il sottoscritto **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Data .....

Firma

.....

**Note**

( ) Contrassegnare con (X) l'opzione di interesse

(\*) E' obbligatorio indicare anche il rapporto di parentela col richiedente

(\*\*) Tutta la documentazione deve essere presentata contestualmente alla domanda entro il termine previsto dal bando ( ); in nessun caso, è ammesso fare riferimento a documentazione presentata in precedenza o esprimere riserva di integrare la documentazione oltre il suddetto termine.-