



*Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca*  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria*  
*Direzione Generale*

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria  
Via Assarotti, 40  
16122- GENOVA

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2012**

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. 7347/A2 del 01.10.2013, l'assegnazione di un sussidio per: (contrassegnare con ( X ) l'opzione di interesse)

( ) decesso di \_\_\_\_\_

( ) malattie ed interventi chirurgici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) protesi e cure dentarie \_\_\_\_\_

( ) altri eventi \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

( ) di essere dipendente del M.I.U.R./Scuola, in servizio presso

---

con la qualifica di \_\_\_\_\_

di essere in servizio continuativo dal \_\_\_\_\_

( ) di essere stato dipendente del M.I.U.R./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 MIUR/Scuola in servizio presso \_\_\_\_\_

---

con la qualifica di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

Dichiara che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto (o era così composto alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente):

---

---

---

---

---

Dichiara altresì

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno \_\_\_\_\_;
- che le spese sostenute per cure mediche e di degenza sostenute 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 del modello I.S.E.E. relativo all'anno \_\_\_\_\_;

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

---

---

---

---

- autocertificazione di decesso
- autocertificazione di stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;
- fotocopia del documento di identità 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 \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt \_\_\_, consapevole delle sanzioni, civili e penali, conseguenti alle dichiarazioni mendaci, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, conferma che tutte le dichiarazioni rese nel presente modulo corrispondono al vero.  
E' altresì consapevole che l'amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate.

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

Eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n. telefonico \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_