

— **Al Direttore Generale dell' Ufficio Scolastico Reg.le per la Toscana**

Via Mannelli, 113 - 50132 FIRENZE -

Oggetto: Richiesta di interventi assistenziali. Anno 2013

Il/La sottoscritt _____ nat__ a _____

Il _____, residente a _____

in Via _____

e domiciliato a (qualora diverso dalla residenza) _____

C.F. _____ tel.(facoltativo) _____

Email _____

CHIEDE

ai sensi della nota prot. n. del 3 emessa da U.S.R. Toscana, 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 _____

e contratto a tempo indeterminato/determinato (cancellare l'ipotesi che non ricorre), pagato dalla D.P.S.V.(1)

() **di essere familiare** (_____) (*) di _____

il quale era già dipendente 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:

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno **2013**;

2. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno **2013** ammontano a € _____.

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.

Allega (contrassegnare con X i documenti allegati):

() Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata degli attestati ISE ed ISEE calcolati sui redditi percepiti nell'anno **2013** dall'attuale nucleo familiare.

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

() documentazione medica _____

() certificato di morte di _____

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

Il/La sottoscritt__ chiede altresì che il sussidio eventualmente assegnato venga accreditato in:

() conto corrente bancario N° _____ BANCA _____

Codice IBAN _____

() conto corrente postale N° _____ ufficio postale di _____

Codice IBAN _____

Il/La sottoscritt__, consapevole delle sanzioni, civili e 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.

Il/La sottoscritt__ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

E' consapevole che l'amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo.

Data _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Note

() Contrassegnare con (X) l'opzione d'interesse.

(*) Indicare il rapporto di parentela.