ALLEGATO 1

MODELLO di domanda - SUSSIDI ANNO 2017 (per spese sostenute nell’anno 2016)

Al Direttore Generale

dell’Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

RICHIESTA DI SUSSIDI PER ANNO 2017 (per spese sostenute nell’anno 2016)

Il/La sottoscritt……………………………………………………………………………………….  
nat\_ a ……………………………………………… il …………………………………..

residente a………………………………………………..………………………………Prov………………. Via………………………………………………………..n°…………………Cap. ………………..

Codice Fiscale ………………………………………………………….

Email………………………

Telefono…………………

**C H I E D E**

l’assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l’opzione di interesse):

 **protesi, impianti e cure dentarie** a caricodel seguente componente del nucleo familiare:

…………………………………………………………. .Rapporto di parentela…………………….

 **decesso di** ………………………………………………Rapporto di parentela………….…………

 **prestazioni specialistiche ed interventi chirurgici di particolare gravità riferiti ad un’unica patologia**

a carico del seguente componente del nucleo familiare:

…………………………………………………………..Rapporto di parentela………………….

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità** (contrassegnare con una X l’opzione di interesse):

 di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso ………………………………………………con la qualifica di …………………………………………………

 di essere stato/a dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso………………………………………con la qualifica di ………………………………………e di essere cessato dal servizio in data ……………………………………………………………….

 di essere familiare di …………………………………… il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso…………………………con la qualifica di …………………………………fino al …………………………deceduto il ……………..a……………..………..

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dichiara altresì:**

 che la richiesta di sussidio riguarda esclusivamente **documenti di spesa** emessi nell’ **anno 2016**

che il reddito del nucleo familiare determinato con **l’indicatore della situazione economica equivalente** (**ISEE**) in corso di validità **non superi il limite di 28.000€**

 che la richiesta di sussidio per “**Protesi e cure dentarie”** riguarda:……………………………del suddetto nucleo familiare e che la relativa spesa, sostenuta nell’anno **2016**, ammonta a € ………………..., raggiungendo quindi la soglia minima di **€ 2.500,0000** per ciascun soggetto del nucleo familiare;

 che la richiesta di sussidio per “**Decesso”**  riguarda:……………………………………del suddetto nucleo familiare, deceduto il ……………… a …………………… Prov. …………e che la relativa spesa, sostenuta nell’anno **2016**, ammonta € …………….……, raggiungendo quindi la soglia minima di **€ 2.000,00** per ciascun decesso;

 che la richiesta di sussidio per “**Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità riferiti ad un’unica** **patologia”** riguarda:………………………………….del suddetto nucleo familiare e che la relativa spesa, sostenuta nell’anno **2016**, ammonta a € ……………….…… raggiungendo quindi la soglia minima di **€ 1.000,00** per ciascun soggetto del nucleo familiare.

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, Assicurazioni.

**Allega**:

 Scannerizzazione dei **documenti di spesi emessi** esclusivamente **nell’anno 2016**

 l’attestazione **I.S.E.E**. in corso di validità;

 scannerizzazione del **codice fiscale** e del **documento di identità (fronte e retro).**

 in caso di ***decesso*** scannerizzazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare o autodichiarazione e scannerizzazione dello stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente.

Il/La sottoscritt\_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

 conto corrente bancario n°…………………………………… intestato al sottoscritto/a

BANCA…………………………………………… Agenzia di ………………………………..

**Codice IBAN**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Conto corrente postale n° …………………………………… intestato al sottoscritto/a

UFFICIO POSTALE di ………………………………………………………………………..

**Codice IBAN**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IT** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Il/la sottoscritt\_** , consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, **conferma espressamente** 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 nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell’art. 15 della L. n. 183/2011.

Il/La sottoscritt\_ **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell’erogazione del beneficio richiesto, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003.

Per eventuali comunicazioni:

N. telefono ………………………………………….

Posta elettronica…………………………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega modello per dichiarazioni sostitutive

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

**(art. 46 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritt……………………………………………………………………………………….  
nat\_ a …………………………………………………………..Prov…..……… il ……………….. residente in………………………………………………..………………………….Prov…………. Via………………………………………………………..n°…………………Cap. ………………..

Consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

DICHIARA

(contrassegnare con una X l’opzione di interesse)

che la famiglia convivente, alla data dell’evento, era composta da:

(cognome e nome) (luogo e data di nascita) (rapporto di parentela)

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………...

( in caso di richiesta di sussidio per “Decesso”) che il proprio………………………………….,

(rapporto di parentela)

………………………………………nato il……………………..a………………………………….

(cognome nome)

e residente a ……………………………………………è morto in data ……………………………..

a………………………………………………………………………………………………………..

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informativa ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.