

MODELLO DI DOMANDA

SUSSIDI ANNO 2019 (spese 2018)

All'Ufficio Scolastico Regionale
per la Lombardia
Direzione generale
Via Polesine, 13
20139 **Milano**
drlo@postacert.istruzione.it,

Il/La sottoscritt _____
cognome nome
nat__ a _____ il ___/___/___
residente a _____ prov. _____ cap. _____
Via _____ n. _____
Domiciliato/a _____ prov. _____ cap. _____
(qualora diverso dalla residenza)
Via _____ n. _____
recapito tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. n. 1949 RD del 8.7.2019, concernente le *“Provvidenze in favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie”*, l'assegnazione di un sussidio per:

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

Patologie gravi, con invalidità superiore al 50%

- Per se stesso
- Per il seguente familiare:

_____ nato il ___/___/___
cognome nome
a _____ codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici

- Per se stesso
- Per il seguente familiare:

_____ nato il ___/___/___
cognome nome
a _____ codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

Decesso di

_____ nato il ___/___/___
cognome nome

e deceduto il ___/___/___ a _____

con il seguente rapporto di parentela _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

Di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato dal ___/___/___
in servizio presso _____
con qualifica di _____, e che il nucleo familiare è composto da:

oppure:

Di essere stato/a dipendente del MIUR in servizio presso _____
_____ con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data ___/___/___ e che alla data dell'evento il nucleo familiare era composto da: _____

oppure:

di essere familiare di _____ già dipendente del MIUR, in servizio presso _____ con la qualifica di _____ fino al ___/___/___ deceduto il ___/___/___ a _____ e che alla data del decesso, il nucleo familiare della persona deceduta era così composto: _____

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2018;
- che le spese per cure mediche e di degenza, relativamente ad un'unica patologia riferita a patologie gravi, con invalidità superiore al 50% o prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici, con esclusione i quelli meramente estetici non determinati da situazioni invalidanti, sostenute nell'anno 2018 ammontano complessivamente a € _____, quindi uguali o superiori alla soglia minima di €. 1.000,00;
- che le spese funerarie per decesso di _____ sostenute nell'anno 2018 ammontano complessivamente a € _____, quindi uguali o superiori alla soglia minima di €. 1.000,00.

Il/La sottoscritt __ dichiara inoltre:

- che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto sono portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2019 (anno imposta 2018);

oppure

- che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2019 (anno imposta 2018);

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.

Allegati:

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

_____, __/__/____

Firma