MODELLO DI DOMANDA

SUSSIDI ANNO 2022 (spese 2021)

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

Il/La sottoscritt		
nat a	cognome	nome iI/
residente a		prov cap
Via		n
domiciliato a (qualora diverso dalla residenza)		prov cap
Via		n
recapito tel.	e-mail	
	CHIEDE	
	ervizio e delle loro famigl pzioni di interesse)	e "Provvidenze in favore del personale in lie", l'assegnazione di un sussidio per:
		nato il/
cognome	nome	
Via		(medesima residenza del richiedente)
con il seguente rapporto di pare	entela	
Decesso di		nato il/
cognome	nome	residente 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 MI con contratto a tempo indeterminato dal//
	in servizio presso
	con qualifica di
	oppure:
	di essere stato/a dipendente del MI in servizio presso
	con la qualifica di
	e di essere cessato dal servizio in data/
	oppure:
	di essere familiare di già dipendente del
	MI, in servizio presso con la
	qualifica di fino al/ deceduto il
	/aa
	 che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2021; che le spese per cure mediche e di degenza, relativamente ad un'unica malattia riferita a patologie gravi, sostenute nell'anno 2021 ammontano complessivamente a € che le spese funerarie per decesso di sostenute nell'anno 2021 ammontano complessivamente a €
	sostenute nell'anno 2021 ammontano complessivamente a €
ric	La sottoscritt dichiara inoltre che le spese documentate con la domanda presentata per la chiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono portate in detrazione con la dichiarazione dei dditi 2022 (anno imposta 2021);
alt Sc	La sottoscritt dichiara espressamente che non sussistono, né da parte sua né da parte di tri familiari, analoghe richieste inoltrate, per gli stessi eventi, ad altre Amministrazioni, Enti, ocietà e Assicurazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nzionale.

Allega:

- attestazione dell'I.S.E.E. corrente;
- originali o copie dichiarate conformi all'originale sotto la propria responsabilità, dei documenti giustificativi della spesa sostenuta; tali documenti dovranno essere intestati al soggetto richiedente o a uno dei componenti del nucleo familiare;
- autocertificazione attestante il decesso del dipendente o del familiare di cui all'art. 4 e relativa documentazione giustificativa di spesa;
- documentazione medica comprovante la grave patologia e relativa documentazione giustificativa della spesa;
- copia fotostatica del codice fiscale del richiedente;
- copia fotostatica del documento di identità del richiedente

conto corrente bancario nºsottoscritt_ Banca		al di
Codice IBAN		
conto corrente postale nºsottoscritt_ Ufficio Postale di	_intestato	al
Codice IBAN	_	
a sottoscritt_, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del di dichiarazione mendace, dichiara che i dati forniti nella presente di ri.		
,/ Firma		

 $Il/La\ sottoscritt_\ chiede\ che\ il\ sussidio\ eventualmente\ concesso\ venga\ accreditato\ su:$