MODELLO di domanda di Provvidenze

All' Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2026

Il/La Sig./Sig.ra
nato/a a il
codice fiscale

residente in prov. cap
via n.

(compilare esclusivamente se il domicilio non coincide con la residenza)
domiciliato/a in prov.
via n. cap

C H I E D E

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

□ decesso del dipendente o dei seguenti componenti del nucleo familiare:

Sig./Sig.ra

Ove si tratti di soggetto diverso dal/dalla dipendente, indicare il rapporto di parentela con quest'ultimo *(es. coniuge, genitore, ecc.)*

□ patologie gravi certificate dal SSN / interventi chirurgici del dipendente o dei seguenti componenti del nucleo familiare:

Sig./Sig.ra

Ove si tratti di soggetto diverso dal/dalla dipendente, indicare il rapporto di parentela con quest'ultimo *(es. coniuge, genitore, ecc.)*

****

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, l'istante dichiara espressamente, sotto la propria responsabilità, anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 (*contrassegnare con una X l'opzione di interesse)*:

A)

□ di essere dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito con contratto a tempo indeterminato in servizio presso
con la qualifica di

□ di essere stato/a dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito con contratto a tempo indeterminato in servizio presso
con la qualifica di
e di essere cessato dal servizio in data

□ di essere familiare del/della Sig./Sig.ra
il/la quale era già dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito con contratto a tempo indeterminato in servizio presso
con la qualifica di
fino al

B)

□ che la richiesta di sussidio per "decesso" riguarda il Sig./la Sig.ra
deceduto/a il in prov.
e che le spese sostenute per il decesso, nell'anno 2025, ammontano ad €

□ che la richiesta di sussidio per "patologie gravi certificate dal SSN / interventi chirurgici" riguarda il Sig./la Sig.ra
e che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno 2025**,** ammontano ad € (importo uguale/superiore alla spesa minima fissata dal bando in € 2.000,00).

Il/la sottoscritto/a dichiara che le spese indicate nel precedente punto *B)* sono al netto dell'eventuale importo portato in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2026 (anno di imposta 2025).

Il/la sottoscritto/a dichiara che il reddito del proprio nucleo familiare determinato con l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) in corso di validità non supera il limite di € 35.000,00.

Il/la sottoscritto/a dichiara che, per gli eventi oggetto dell'istanza, allo stato attuale, non sono stati ricevuti - né richiesti - da parte sua o di terzi, rimborsi e/o sussidi e/o indennizzi a qualsiasi titolo da parte di altre amministrazioni, enti, società, assicurazioni, ulteriori soggetti pubblici o privati.

Il/la sottoscritto/a dichiara di non aver usufruito del medesimo contributo per spese ascrivibili allo stesso evento o patologia nei 5 anni precedenti.

Si allegano:

1. ISEE in corso di validità;
2. dichiarazione relativa alla composizione del nucleo familiare al momento dell'evento;
3. fotocopia documento/i di identità / c.f.;
4. originali o copie della documentazione giustificativa delle spese, da indicare di seguito in elenco dettagliato:
   -
   -
   -
   -
5. modulo dichiarazione di conformità all'originale dei documenti allegati;

In caso di richiesta di sussidio relativa a "decesso", si allegano inoltre:

6. copia del certificato di morte del dipendente o del familiare ovvero autocertificazione equipollente.

In caso di richiesta di sussidio relativa a "patologie gravi certificate dal SSN ed interventi chirurgici", si allegano inoltre:

7. originali o copie della documentazione attestante la patologia certificata dall'Autorità competente, da indicare di seguito in elenco dettagliato:
   -
   -
   -
   -
   -

Il/la sottoscritto/a chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su (*contrassegnare con una X l'opzione di interesse)*:

□ conto corrente bancario intestato al/alla sottoscritto/a in essere presso

Istituto bancario

Codice IBAN:

I	T																							

□ conto corrente postale intestato al/alla sottoscritto/a in essere presso

Ufficio postale di

Codice IBAN:

I	T																						

Il/la sottoscritto/a, 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.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sui dati personali pubblicata in allegato al bando.

È 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 e s.m.i.

Si indicano i recapiti per eventuali comunicazioni:

- telefono cellulare:
- indirizzo pec:
- indirizzo e-mail:

Luogo e data

Firma del richiedente

_____