



Ministero dell'istruzione e del merito
Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Direzione Generale

Via Assarotti, 38 – 16122 Genova – tel. 010/83311 – fax 010/8331221
direzione-liguria@istruzione.it - drli@postacert.istruzione.it - www.istruzioneeliguria.gov.it

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria
Via Assarotti, 38
16122 - GENOVA

RICHIESTA DI SUSSIDIO PER EVENTI OCCORSI NELL'ANNO 2023

Il/la sottoscritt _____

nat_ a _____ Il _____

residente a _____ via/piazza _____

e domiciliato a (indicare se diverso dalla residenza) _____

via/piazza _____

C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria prot. n. 1245 del 10 luglio 2024,
l'assegnazione di un sussidio per: (contrassegnare con X l'opzione di interesse)

() decesso di _____

() Patologie gravi, con invalidità pari o superiore al 50% (sé stesso o indicare il familiare)

() Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici (sé stesso o indicare il familiare)

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità consapevole delle sanzioni in caso di dichiarazioni false o mendaci (DPR 445/2000):

() di essere dipendente del Ministero dell'Istruzione e del merito o dipendente /Scuola, in servizio presso

con la qualifica di _____

di essere in servizio continuativo dal _____

() di essere stato dipendente del Ministero dell'Istruzione e del merito /Scuola in servizio presso

con la qualifica di _____

e di essere cessato dal servizio in data _____

() di essere familiare (indicare il rapporto di parentela) di _____

il quale era già dipendente del MIM/Scuola in servizio presso _____

con la qualifica di _____

_____ fino al _____

Dichiara altresì

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2023;
- che le spese sostenute (per decesso o per cure mediche e di degenza relativamente ad un'unica patologia) ammontano ad € _____ e quindi sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 1.000,00;
- **che non sussistono, per lo stesso evento, altre richieste di sussidio, né da parte sua, né da parte di altri familiari, inoltrate ad altri enti Enti pubblici, Società, Associazioni o Assicurazioni.**

Si allegano:

() copia conforme dell'attestazione I.S.E.E. in corso di validità;

() originali o copie conformi dei seguenti documenti di spesa:

() autocertificazione di decesso

- () autocertificazione di stato di famiglia alla momento del verificarsi dell'evento per cui si chiede il sussidio (art. 5 del Decreto)
 - () documentazione attestante la grave patologia con invalidità uguale o superiore al 50%
 - () quietanza di pagamento della spesa sostenuta di cui si richiede il rimborso
 - () fattura/ricevuta attestante la spesa sostenuta
 - () fotocopia del documento di identità del richiedente
 - () fotocopia del codice fiscale del richiedente
-
-

Il/la sottoscritt ___ chiede che il sussidio eventualmente assegnato sia accreditato con una delle seguenti modalità:

() c/c bancario n. _____ Banca _____

IBAN _____

() c/c postale n. _____ Ufficio di _____

IBAN _____

() contanti presso Banca d'Italia della provincia di _____

Eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo _____

n. telefonico _____

di cui si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento dopo la presentazione della domanda.

Firma del richiedente

Il/la sottoscritt ___ autorizza il trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Firma del richiedente

Data _____
