

**Modello di domanda di provvidenze 2024**

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia

per il tramite

*(indicare l'Ufficio scolastico territoriale o l'Istituzione  
scolastica di appartenenza)*

**Oggetto:** Richiesta di sussidio

**Il/La sottoscritt** \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ e domiciliato a (se domicilio diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del **D.D.G. dell'U.S.R. per la Sicilia prot. n. 573 del 17 ottobre 2024**, l'assegnazione di un sussidio per:

- Prestazioni mediche specialistiche e interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_;
- Spese funerarie per decesso di \_\_\_\_\_ (grado di parentela) \_\_\_\_\_.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di:

essere dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito con contratto a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ e in servizio continuativo dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (via, comune e prov.) \_\_\_\_\_, con la qualifica di \_\_\_\_\_, ovvero

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 \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

ovvero

essere familiare di \_\_\_\_\_ il quale era già dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito, in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_, deceduto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e di esercitare la seguente attività lavorativa \_\_\_\_\_.

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

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

Che, alla data del decesso, avvenuto il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il nucleo familiare - oltre alla persona deceduta - aveva la stessa composizione o (cancellare l'ipotesi che non ricorre) era così composto: \_\_\_\_\_

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

**Dichiara altresì:**

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nel periodo 01/11/2023 - 31/10/2024;
2. che le spese sostenute per il decesso / per cure mediche e di degenza sostenute relativamente a un'unica malattia grave nel periodo 01/11/2023 - 31/10/2024 ammontano a € \_\_\_\_\_ e sono, dunque, uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 2.000;
3. che la documentazione relativa alla patologia diagnosticata è reperibile presso \_\_\_\_\_

**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.

**Allega:**

Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dell'attestazione I.S.E.E. calcolata sulla situazione reddituale dell'anno 2023 dall'**attuale** nucleo familiare.

originali (o copie conformi) dei seguenti documenti giustificativi relativi alla causale della richiesta e alle spese sostenute e non rimborsate:

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

fotocopia di documento di identità in corso di validità e del codice fiscale.

**Il/La sottoscritt\_\_** chiede altresì che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato in conto corrente bancario o postale N° \_\_\_\_\_ intestato al sottoscritto/a  
BANCA/UFFICIO POSTALE \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_

Per eventuali urgenti comunicazioni, indica i seguenti recapiti:

n. telefonico/i \_\_\_\_\_ posta elettronica \_\_\_\_\_

È consapevole che l'amministrazione potrà effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 183/2011.

Luogo e data

**FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritt\_\_**, dopo aver preso visione dell'informativa allegata al bando, autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 G.D.P.R. (regolamento generale sulla protezione dei dati).

Luogo e data

**FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_