

DOMANDA SUSSIDIO ANNO 2020 (spese 2019)

Al Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna

V. Giudice Guglielmo, 46 - 09131 CAGLIARI

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. _____
Email _____

CHIEDE

ai sensi del Decreto del Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna concernente le Provvidenze a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie per l'anno **2020**, 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:

(cognome) _____ (nome) _____ nato il _____/_____
a _____ codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici:

- Per se stesso
- Per il seguente familiare:

(cognome) _____ (nome) _____ nato il _____/_____
a _____ codice fiscale _____

con il seguente rapporto di parentela _____

Decesso di:

(cognome) _____ (nome) _____ nato il _____/_____
a _____ 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 successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

di essere dipendente del M.I. 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 **2019**;

- 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 di quelli meramente estetici non determinati da situazioni invalidanti, sostenute nell'anno **2019** ammontano complessivamente a € _____, quindi uguali o superiori alla soglia minima di Euro 1.000,00;

- che le spese funerarie per decesso di _____ sostenute nell'anno **2019** ammontano complessivamente a € _____, quindi uguali o superiori alla soglia minima di Euro 1.000,00.

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

II/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 2020 (anno imposta 2019);

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 2020 (anno imposta 2019);

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.

Il/La sottoscritt chiede che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato:

- in conto corrente bancario N° _____ intestato al sottoscritto/a

BANCA _____ Agenzia di _____

Codice IBAN:

I T

oppure

- in conto corrente postale N. _____ intestato al sottoscritto/a

UFFICIO POSTALE di _____

Codice IBAN:

I T

Il/La sottoscritt __ è consapevole che l'Amministrazione effettuerà verifiche e controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e delle eventuali conseguenze, sia di natura penale che disciplinare, in caso di dichiarazioni mendaci nonché del fatto che decadrà dai benefici eventualmente conseguiti.

Luogo e data:

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

_____ ; _____ / _____ / _____

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and Economic Development at 319-335-1216 or research@uiowa.edu.

I dati personali verranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) e del D. Lgs. 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione di dati personali” n. 196, come integrato con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 10 agosto 2018 n. 101.

Luogo e data:

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

i / /

Documentazione allegata:

- attestato ISEE anno 2020
- fotocopia di documento di identità
- fotocopia del codice fiscale
- originali (o copie conformi) della documentazione giustificativa di spesa (relativa ad uno degli eventi di cui all'art. 2 comma 1 del bando):
