



*Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca*  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria*  
*Direzione Generale*

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

**RICHIESTA DI SUSSIDIO PER L'ANNO 2017**

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. 977 del 22.06.2018,  
l'assegnazione di un sussidio per: (contrassegnare con ( X ) l'opzione di interesse)

( ) decesso di \_\_\_\_\_

( ) malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 M.I.U.R./Scuola, in servizio presso

\_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

di essere in servizio continuativo dal \_\_\_\_\_

( ) di essere stato dipendente del M.I.U.R./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 MIUR/Scuola in servizio presso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

**Dichiara che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto (o era così composto alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara altresì

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2017;
- che le spese sostenute per cure mediche e di degenza sostenute 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, ne' da parte sua, ne' 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 data del decesso del dipendente o del familiare convivente

documentazione attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità

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 di accredito:

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_