

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Ufficio del Personale  
Viale Giorgio Ribotta 41  
00144 - Roma

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2016**

Il/La sottoscritt.....  
nat\_ a ..... il ..... residente  
in.....Prov.....  
Via.....n°.....Cap.....  
e domiciliato in (indicare se diverso dalla residenza) ..... Prov.....  
Via.....n°.....Cap.....  
Codice Fiscale .....

**CHIEDE**

ai sensi del D.D.G. n. 547 del 22/12/2015 dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio,  
l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- decesso di .....Rapporto di parentela<sup>1</sup>.....
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:  
.....Rapporto di parentela<sup>2</sup>.....  
.....Rapporto di parentela.....

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):**

- di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso  
.....  
con la qualifica di .....
- di essere stato/a dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso  
.....  
con la qualifica di .....  
e di essere cessato dal servizio in data .....
- di essere familiare di .....

<sup>1</sup> Specificare se la persona deceduta era: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

<sup>2</sup> Specificare il rapporto di parentela: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso .....  
con la qualifica di ..... fino al .....

che il nucleo familiare di cui fa parte, alla data dell'evento, era così composto:  
.....  
.....  
.....  
.....

che la richiesta di sussidio per "Decesso" riguarda il familiare .....  
deceduto il ..... a ..... Prov. ....  
e che la spesa sostenuta per il decesso, nell'anno 2016, ammonta ad € .....

che la richiesta di sussidio per "Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità" riguarda:  
 me medesimo  
 il familiare.....;  
che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un'unica patologia  
nell'anno 2016, ammontano ad € ..... e, quindi sono uguali/superiori alla  
spesa minima fissata in € 3.500,00.

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,  
Assicurazioni.

**Allega:**

1. Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente (come definito all'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) corredata degli attestati I.S.E. e I.S.E.E. relativi all'anno 2016;
2. Fotocopia del codice fiscale e del documento di identità.

Se la richiesta di sussidio è relativa a (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

"Decesso", **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa;
- b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
- c. copia o autocertificazione dello stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;

"Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità", **allega anche:**

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa e di quella attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità. Documentazione di seguito elencata:  
.....  
.....  
.....



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(art. 46 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)**

Il/La sottoscritt.....  
nat\_ a .....Prov..... il .....  
residente in.....Prov.....  
Via.....n°.....Cap. ....

Consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

**DICHIARA**

(contrassegnare con una X l'opzione di interesse)

che la famiglia convivente, alla data dell'evento, era composta da:

(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(rapporto di parentela)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

(in caso di richiesta di sussidio per "Decesso") che il proprio.....,  
..... (rapporto di parentela)  
.....nato il.....a.....  
(cognome nome)  
e residente a .....è morto in data .....  
a.....

Luogo e data \_\_\_\_\_

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_