

DOMANDA SUSSIDIO ANNO 2022 (spese 2021)

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 **2022**, l'assegnazione di un sussidio per:

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

A) Patologie gravi, con invalidità superiore al 50%:

- Per sé 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)

B) Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici:

- Per sé stesso
- Per il seguente familiare:

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

con il seguente rapporto di parentela _____

C) 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:

(scegliere una delle opzioni di interesse)

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 ___/___/___

(solo per l'ipotesi C) che suddetto familiare è deceduto il ___/___/___ a _____ e, 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 _____;

- che le spese per cure mediche e di degenza, relativamente 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 e delle prestazioni ed interventi odontoiatrici, sostenute nell'anno **2021**, ammontano complessivamente a € _____, (NB: se la spesa è stata portata in detrazione nella dichiarazione del reddito, **indicare l'importo al netto della detrazione fiscale**)

quindi uguali o superiori alla soglia minima di Euro 1.000,00;

- che le spese funerarie per decesso di _____ sostenute nell'anno **2021** ammontano complessivamente a € _____ (NB: se la spesa è stata portata in detrazione nella dichiarazione dei redditi, **indicare l'importo al netto della detrazione fiscale**);

quindi uguali o superiori alla soglia minima di Euro 1.000,00.

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse)

Il/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 2022 (anno imposta 2021);

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 2022 (anno imposta 2021);

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

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

_____; ____/____/____

Documentazione allegata:

- attestato ISEE anno 2022
- fotocopia di documento di identità
- fotocopia del codice fiscale
- dichiarazione sottoscritta di conformità all'originale delle copie allegate
- copie della sottoelencata documentazione giustificativa di spesa:
