

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
Ufficio del Personale  
Via L. Pianciani, 32  
00185 - Roma

**RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2015**

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 .....

**C H I E D E**

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 **2015**, 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 **2015**, 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 **2015**;
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**

\_\_\_\_\_