

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)

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 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);

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):
