

*Al Direttore Generale dell' U.S.R. per il Veneto
Direzione Generale di Venezia*

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del Decreto n. AOODRVE12156 del 25.09.2015

Il/La sottoscritt _____ nat__ a _____
Il _____, residente a _____
in Via _____
e domiciliato a (qualora diverso dalla residenza) _____
C.F. _____ tel.(facoltativo) _____
e-mail _____

CHIEDE

ai sensi del Decreto prot. n. AOODRVE12156 del 25.09.2015 emesso dall'U.S.R. Veneto, l'assegnazione di un sussidio per:

() **decesso** di _____ (grado di parentela);

() **malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità** a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare: _____

() **protesi e cure dentarie** a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare: _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato dal _____ e in servizio continuativo dal _____ presso _____
(via, comune e prov.) _____ con la qualifica di _____,

ovvero

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 _____ per _____

ovvero

di essere familiare di _____ il quale era già dipendente del MIUR, in servizio presso _____ con la qualifica di _____
fino al _____ **deceduto il** _____ a _____

che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto:

Dichiara altresì:

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2014;
2. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno 2014 ammontano a € _____, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 5.000,00
3. che la documentazione della patologia diagnosticata è reperibile presso _____
e che non sussistono, né da parte sua né da parte di altri familiari, analoghe richieste inoltrate, per lo stesso evento, ad altri enti pubblici, società e assicurazioni.

1.

Allega (contrassegnare con X i documenti allegati):

Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dell'attestazione I.S.E.E. in corso di validità ai sensi del DPCM n. 159 del 05.12.2013.

originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spese sostenute e non rimborsate:

fotocopia di documento di identità.

Il/La sottoscritt__ chiede altresì che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato in conto corrente bancario o postale N° _____ intestato al sottoscritto/a BANCA/UFFICIO POSTALE _____ Agenzia di _____
Codice IBAN _____

Per eventuali urgenti comunicazioni:

n. telefonico/i _____ posta elettronica _____

E' consapevole che l'amministrazione effettuerà verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art.15 della Legge 12 novembre 2011 n.183.

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Note

Contrassegnare con (X) l'opzione d'interesse.

Il/La sottoscritt__ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto ai sensi del D.L.vo n.196/2003.

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO
