

**RICHIESTA SUSSIDIO PER DECESSO DEL DIPENDENTE, PRESENTATA DAL CONIUGE O
DAI FIGLI**

MODELLO DOMANDA "A"

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____,
nato/a a _____ provincia _____ il _____ e residente a
_____ via _____
recapito telefonico _____ e. mail: _____
in qualità di coniuge/figlio di _____ con ultima sede di
servizio (del dipendente deceduto) _____

CHIEDE

Che gli/le venga concesso il sussidio economico, avente ad oggetto "provvidenze a favore di tutto il personale del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca in servizio, di quello cessato e delle loro famiglie", per:

- decesso (specificare coniuge o figlio) _____
- malattia grave (specificare il tipo di malattia) _____

DICHIARA

Ai sensi del DPR 445//2000

- di non avere inoltrato analogo richiesta di sussidio per lo stesso evento ad altre Amministrazioni o Enti;
- che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda di sussidio per lo stesso evento ad altre amministrazioni, enti, società o associazioni;
- che il nucleo familiare risultante dall'evidenza anagrafica è composto dalle seguenti persone:

Si allegano:

- originali o copie, dichiarate conformi sotto la propria responsabilità, dei documenti di spesa sostenuta per gli eventi verificatisi dal 1° ottobre 2017 alla data di presentazione della domanda, indicando il totale delle spese per patologia;
- copia dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente, come definito dal comma 2 dell'art. 2 del D. Lgs 31 marzo 1998 n. 109, corredata dagli indicatori ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno 2018

- copia autentica del certificato di morte del familiare o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. 445/2000.
- Copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Copia del codice fiscale del dichiarante;

Chiede, inoltre, che l'eventuale sussidio sia accreditato:

- presso la Banca _____ codice IBAN
- _____
- presso l'Ufficio postale _____ c/c postale n.

- presso Banca d'Italia di _____

1) Il/La sottoscritt__ dichiara di essere consapevole che l'erogazione dei sussidi e delle provvidenze di cui al presente bando è subordinata all'effettiva assegnazione dei fondi da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, sul cap. 2115/1.

Luogo e data

Firma del richiedente il contributo

2) 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

3) Il/La sottoscritt__ ha preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personale allegata al bando.

Luogo e Data

Firma del richiedente il contributo
