



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "EDMONDO DE MAGISTRIS"

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado  
Armungia, Ballao, Escalaplano, Goni, San Nicolò Gerrei, Sant'Andrea Frius, Silius, Villasalto  
Via E. D'Arborea - 09040 SAN NICOLO' GERREI (CA)  
**Codice Fiscale: 92105290925 – Codice Univoco: UFUEPO – Codice Meccanografico: CAIC88500L**  
Tel. 070 950064; e-mail: calc88500l@istruzione.it; calc88500l@pec.istruzione.it  
[www.icgerrei.gov.it](http://www.icgerrei.gov.it)



Circ. n.020

San Nicolò Gerrei, 07/10/2019

A tutto il personale della scuola

AI DSGA

Al sito web

### **OGGETTO: provvidenze a favore di tutto il personale della scuola per eventi verificatisi nel 2018**

Il personale interessato a produrre domanda per le provvidenze di cui all'oggetto potrà farlo entro il 18 ottobre 2019 inviandola all'indirizzo [direzione-sardegna@istruzione.it](mailto:direzione-sardegna@istruzione.it)

Si allega domanda



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Alessandra Pitzalis  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3 c.2 D.L.gvo 39/93

## DOMANDA SUSSIDIO ANNO 2019 (spese 2018)

Al Direttore Generale dell’Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna, piazza Galilei n.36 - 09128 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 presente 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”, 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 MIUR 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 **2018**;

- 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 **2018** 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 **2018** ammontano complessivamente a € \_\_\_\_\_, quindi uguali o superiori alla soglia minima di Euro 1.000,00.

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse) **II/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 2019 (anno imposta 2018); 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 2019 (anno imposta 2018);

**II/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.

**II/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* / *i*

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

$$j_1 \quad / \quad j_2$$

**Documentazione allegata:**

- attestato ISEE anno 2019
  - 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):
- 
- 
- 
-