



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 NICOLÒ GERREI (CA)
Codice Fiscale: 92105290925 – Codice Univoco: UFUEP0 – Codice Meccanografico: CAIC88500L
Tel. 070 950064; e-mail: caic88500l@istruzione.it; caic88500l@pec.istruzione.it
www.icgerrei.gov.it



Circ. n.020

San Nicolò Gerrei, 07/10/2019

A tutto il personale della scuola
Al 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

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) **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 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);

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 e Assicurazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il/La sottoscritt __ **chiede** che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato:

- in conto corrente bancario N° _____ intestato al sottoscritto/a _____

BANCA _____ Agenzia di _____

Codice IBAN:

[illegible]

oppure

- in conto corrente postale N. _____ intestato al sottoscritto/a UFFICIO
POSTALE di _____ Codice IBAN: _____

[illegible]

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 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

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):
