



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA

(modello di domanda allegato al _____)

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Campania
Ufficio I - AA.GG. Personale e servizi della D.G. -
drca@postacert.istruzione.it

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. prot _41449 del 03.11.2022.

Il/La sottoscritto/a																
nato/a a								Prov.								
il					residente a						Prov.					
in Via																
Codice Fiscale:																

CHIEDE

Contrassegnare con (X) le opzioni di interesse

l'assegnazione di un sussidio per:

<input type="checkbox"/>	decesso di (*)															
<input type="checkbox"/>	malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare (*):															



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

<input type="checkbox"/>	<u>di essere</u> dipendente del MIUR in servizio presso			
	con la qualifica di			
<input type="checkbox"/>	<u>di essere</u> in servizio continuativo dal			
<input type="checkbox"/>	<u>di essere stato</u> dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso			
	con la qualifica di			
	e di essere cessato dal servizio in data			
<input type="checkbox"/>	<u>di essere familiare</u> (*) di			
	il quale era già dipendente di ruolo del MIUR, in servizio presso			
	con la qualifica di		fino al	

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

Grado di parentela	Nome e Cognome	Luogo e Data di nascita



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA

Dichiara altresì: *(cancellare la parte che non interessa)*

1.	che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato dal 1 Novembre 2021 al 31 Ottobre 2022	
2.	che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro	
3.	che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nel periodo 2020/2021 ammontano a euro:	

Il sottoscritto dichiara espressamente che:

<input type="checkbox"/>	non sussistono ulteriori redditi oltre quelli dichiarati ai fini della determinazione dell'indicatore della situazione economica (I.S.E.E.), anche in capo agli altri componenti il nucleo familiare quale risulta dalle evidenze anagrafiche
<input type="checkbox"/>	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.

Allega ()** *(contrassegnare con X i documenti allegati)*

<input type="checkbox"/>	Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dall'attestato I.S.E.E. relativo all'anno 2020	
<input type="checkbox"/>	originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa sostenuta:	
<input type="checkbox"/>	documentazione medica	
<input type="checkbox"/>	certificato di morte di	
<input type="checkbox"/>	stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente	
<input type="checkbox"/>	fotocopia di documento di identità e codice fiscale	

