

MODELLO DI DOMANDA

SUSSIDI ANNO 2021 (spese 2020)

All'Ufficio Scolastico Regionale  
per la Lombardia  
Direzione generale  
Via Polesine, 13  
20139 Milano  
[drlo@postacert.istruzione.it](mailto:drlo@postacert.istruzione.it)

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ (qualora diverso dalla residenza) prov. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
recapito tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. 2451 del 21/09/2021, concernente le "Provvidenze in 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 \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ (medesima residenza del richiedente)  
con il seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_

**Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici**

- Per se stesso  
 Per il seguente familiare:

\_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_ nome nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ (medesima residenza del richiedente)  
con il seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_

**Decesso di**

\_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
cognome nome  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ (medesima residenza del richiedente)  
e deceduto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ con il seguente rapporto di  
parentela \_\_\_\_\_

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

di essere dipendente del MI con contratto a tempo indeterminato dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_  
con qualifica di \_\_\_\_\_

oppure:

di essere stato/a dipendente del MI in servizio presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
e di essere cessato dal servizio in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

oppure:

di essere familiare di \_\_\_\_\_ già dipendente del  
MI, in servizio presso \_\_\_\_\_ con la  
qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ deceduto il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2020;
- 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 2020 ammontano complessivamente a € \_\_\_\_\_, quindi uguali o superiori alla soglia minima di €. \_\_\_\_\_;
- che le spese funerarie per decesso di \_\_\_\_\_ sostenute nell'anno 2020 ammontano complessivamente a € \_\_\_\_\_, quindi uguali o superiori alla soglia minima di € \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritt\_\_ dichiara inoltre:

- che le spese documentate con la domanda presentata per la richiesta di sussidio di cui all'oggetto non sono state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi 2021 (anno imposta 2020);

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.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) corredata dall'attestazione I.S.E.E. anno 2020;
- originali o copie dichiarate conformi all'originale sotto la propria responsabilità, dei documenti giustificativi della spesa sostenuta; tali documenti dovranno essere intestati al soggetto richiedente o a uno dei componenti del nucleo familiare;
- autocertificazione attestante il decesso del dipendente o familiare di cui all'art. 4 punto 1 e relativa documentazione giustificativa di spesa;
- documentazione medica comprovante la grave patologia di cui all'art. 4 punto 2 e relativa documentazione giustificativa di spesa;
- copia fotostatica del codice fiscale del richiedente;
- copia fotostatica del documento di identità del richiedente

Il/La sottoscritt\_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

conto corrente bancario n° \_\_\_\_\_ intestato al \_\_\_\_\_  
sottoscritt\_ Banca \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_

**Codice IBAN** \_\_\_\_\_

conto corrente postale n° \_\_\_\_\_ intestato al \_\_\_\_\_  
sottoscritt\_ Ufficio Postale di \_\_\_\_\_

**Codice IBAN** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_ , consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazione mendace, dichiara che i dati forniti nella presente dichiarazione sono veritieri.

\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma