

Al Dirigente titolare dell'U.S.R. per l'Umbria
Via Manuali 06121 - Perugia (PG)
PEC drum@postacert.istruzione.it
PEO direzione-umbria@istruzione.it

OGGETTO: Provvidenze a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie. Eventi riferiti al periodo 2025

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____, residente a _____ Prov. _____ Cap. _____
e domiciliato (qualora diverso dalla residenza) _____ Prov. _____ Cap. _____
in Via _____ n° _____
C.F. _____ cell. _____
Email _____

CHIEDE

l'assegnazione di un sussidio per:

☐ **Spese funerarie per decesso di**

_____ nato il ____/____/____
cognome nome
e deceduto il ____/____/____ a _____
con il seguente rapporto di parentela _____

☐ **Spese per malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità, con invalidità superiore al 50% a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:**

- ☐ Per sé stesso
- ☐ Per il seguente familiare:

_____ nato il ____/____/____
cognome nome
a _____ codice fiscale _____
con il seguente rapporto di parentela _____

☐ **Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici**

- ☐ Per sé stesso
- ☐ Per il seguente familiare:

_____ nato il ____/____/____
cognome nome
a _____ codice fiscale _____
con il seguente rapporto di parentela _____

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- ☐ di essere dipendente del MIM con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____ (Via, Comune, Prov.)
_____ con la qualifica di _____
- ☐ di essere stato/a dipendente del MIM con contratto a tempo indeterminato in servizio presso _____ (Via, Comune, Prov.)
_____ con la qualifica di _____
e di essere cessato dal servizio in data _____ per _____
- ☐ di essere familiare di _____ il/la quale era già dipendente del MIM (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso _____
con la qualifica di _____ fino al _____ e di esercitare la seguente attività lavorativa _____
- ☐ che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto:

- ☐ che la richiesta di sussidio per "Decesso" riguarda il familiare _____
_____ nato a _____ il _____ Grado di parentela: _____
deceduto il _____ a _____ Prov. _____
- ☐ che la richiesta di sussidio per "Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità" riguarda il sottoscritto;
- ☐ che la richiesta di sussidio per "Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità" riguarda il familiare _____ nato a _____ il _____
Grado di parentela: _____.

Dichiara altresì:

- Che l'evento per cui si richiede il sussidio si è verificato nell'anno _____;
- Che le spese per cure mediche e di degenza per "*Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità*" con invalidità superiore al 50% o prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici, con esclusione di quelli meramente estetici non determinati da situazioni invalidanti, relativi ad un'unica patologia o spese funerarie e per decesso sono state sostenute nell'anno _____

- Che per le spese di cui sopra:
 - ☐ ha già usufruito in anni pregressi del relativo sussidio
 - ☐ non ha mai usufruito in anni pregressi del relativo sussidio;
- Che nel caso di spese funerarie per decesso, le spese documentate con la presente istanza, ammontano a € _____:
 - ☐ sono state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi _____ (anno imposta _____) per una detrazione complessiva di € _____;
 - ☐ non sono state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi _____ (anno imposta _____);
- Che nel caso di spese inerenti cure mediche e di degenza per “*Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità*” con invalidità superiore al 50% o prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici relativi ad un’unica patologia, sono così sintetizzabili:

N.	NOME PATOLOGIA	IMPORTO TOTALE SPESE DOCUMENTATE ALLEGATE	IMPORTO TOTALE DETRAZIONE (da compilare nel caso in cui siano state portate in detrazione con la dichiarazione dei redditi nell’anno d’imposta)
1			
2			
3			
4			

- che le copie dei documenti attestanti le spese allegate alla domanda per la concessione delle provvidenze sono conformi agli originali in proprio possesso.

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:

- ☐ Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente (come definito all’art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) corredata dall’attestazione I.S.E.E. valida per l’anno _____;

- ☐ originali o copie conformi all'originale dei seguenti documenti giustificativi della spesa sostenuta, sia per l'ipotesi di decesso sia per l'ipotesi di malattia, e/o della documentazione attestante la patologia diagnosticata di particolare gravità:

- ☐ fotocopia del Codice Fiscale
☐ fotocopia del documento di identità.

Il/La sottoscritt_ chiede che il sussidio eventualmente concesso venga accreditato su:

- ☐ conto corrente bancario n° _____ intestato al __ sottoscritt_
Banca _____ Agenzia 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.

Per comunicazioni urgenti:

N. telefono abitazione _____

N. telefono cellulare _____

Posta elettronica _____

È consapevole che l'amministrazione potrà effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art.15 della Legge 12 novembre 2011 n.183.

Luogo e data

Il richiedente

Il sottoscritt_ dichiara inoltre di aver letto l'informativa sul trattamento dei dati personali riportata allegata al presente modello e autorizza, ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, al trattamento dei dati contenuti nella presente comunicazione e nei documenti ivi allegati, ai soli fini della procedura per l'attribuzione delle provvidenze a favore del personale.

Il richiedente

Luogo e data
