

MODELLO di domanda

Alla Direzione Generale per
le risorse umane e finanziarie
Ufficio I
V.le Trastevere, 76/A
00153 ROMA

Oggetto: Richiesta intervento assistenziale a favore del personale dell'Amministrazione Centrale.
Anno 2024, D.D.G. n. 596 del 29 luglio 2015.

Il/La sottoscritt _____ nat. a _____ il _____
Residente a _____ in Via _____ n° _____ Prov. _____ Cap _____

C H I E D E

Ai sensi del D.D.G. n. 596/2015, l'assegnazione di un sussidio per:

- Patologie gravi, con invalidità superiore al 50%;
- Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici;
- Spese funerarie.

Al tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni, anche penali, previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità:

-di essere in servizio presso gli Uffici centrali del Ministero dell'istruzione e del merito con la qualifica di _____ presso _____;

ovvero

-di essere stato/a in servizio presso gli Uffici centrali del Ministero dell'istruzione e del merito con la qualifica di _____ presso _____ e di essere cessato/a dal servizio in data _____ per _____

ovvero

-di essere familiare (grado di parentela) di _____, in servizio presso gli Uffici centrali del Ministero dell'istruzione e del merito con la qualifica di _____ presso _____ fino al _____ deceduto il _____ a _____

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

e che le predette persone sono tutte conviventi ed hanno la medesima residenza.

Dichiara altresì:

che l'evento per cui si richiede il sussidio si è verificato in data _____

Il/La sottoscritt _____ dichiara espressamente che per lo stesso evento non sono state inoltrate analoghe richieste di rimborso e/o sussidio da parte dello/a stesso/a o di un altro familiare ad altre Amministrazioni, Enti, Società o Associazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale o da Enti e/o Società Assicuratrici e di assistenza volontaria o obbligatoria.

Il/La sottoscritt _____ infine dichiara espressamente di aver preso visione dell'allegata informativa sul trattamento dei dati personali, resa dal Ministero ai sensi degli art. 13 e 14 Reg. UE 2016/679.

Allega:

- Attestato I.S.E.E. relativo all'anno 2024;
- Documentazione di seguito elencata:

- Fotocopia del Codice Fiscale;
- Fotocopia del documento di identità.

(da compilare i riquadri sottostanti pena la non ammissibilità dell'istanza)

Il/La sottoscritto/a dichiara che la documentazione giustificativa di spesa (relativa ad uno degli eventi di cui all'art. 1 del D.D.G n. 596 del 29 luglio 2015) risulta essere copia conforme all'originale.

FIRMA DEL DICHIARANTE

Il/La sottoscritt ___ chiede che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato su:

Conto corrente bancario n° _____ intestato al ___ sottoscritt ___
Banca _____ Agenzia di _____

Codice IBAN _____

Contatti per eventuali comunicazioni urgenti (conferibili facoltativamente e a discrezione dell'interessato):

N. Telefonico _____

Posta elettronica _____

LUOGO E DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE
