



*Ministero dell'Istruzione*  
*Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo*  
*Direzione Generale*

**IL DIRETTORE GENERALE**

**VISTO** il Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione n. 2 del 10.02.2021 – prot. n. 170 di assegnazione fondi sul capitolo **2115 p.g. 1** “Provvidenze a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle famiglie”, per E.F. 2021;

**VISTA** la L. 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni;

**VISTI** il DPR n. 347 del 6 novembre 2000 e il DPR n. 319 dell'11 agosto 2003;

**VISTO** il D.M. n. 128 del 29.03.1996 “Provvidenze a favore di tutto il personale del Ministero della Pubblica Istruzione, in servizio, di quello cessato e delle loro famiglie;

**CONSIDERATO** che, in applicazione dell'art. 12, comma 1 della succitata L.241/90, occorre predeterminare i criteri e le modalità per la concessione delle provvidenze a favore del personale della Scuola e dell'Amministrazione in servizio, di quello cessato e delle loro famiglie, per la Regione Abruzzo;

**DECRETA**

Nei limiti della disponibilità finanziaria del **Capitolo 2115/1**, le provvidenze previste a favore del personale in servizio, di quello cessato nei 12 mesi precedenti la data di presentazione della domanda, delle loro famiglie, sono concesse da questo Ufficio Scolastico Regionale, previa valutazione da parte di una apposita Commissione, nominata dal Direttore Generale.

Eventi che danno luogo all'erogazione di sussidio:

1. **Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità:**

Vengono prese in considerazione le domande di sussidio relative a malattie gravi, da cui derivino spese per cure mediche e di degenza effettivamente sostenute e non a carico di altri Enti pubblici o rimborsate da società ed associazioni assicurative e di assistenza volontaria o obbligatoria (es. INPDAP, ENAM).

Restano escluse, comunque, le spese sostenute per protesi e cure dentarie e tutte le spese non strettamente connesse alle esigenze di cura delle malattie e degli interventi chirurgici sostenuti (es. viaggi, telefonate, ristori).

La spesa minima per la quale è consentito inoltrare la domanda di sussidio è fissata in **€ 1.000,00** determinata da una unica patologia e comunque la più grave e relativamente a ciascun soggetto colpito del nucleo familiare.

2. **Decessi di: Componenti nucleo familiare del dichiarante presenti nell'ISEE:**

Le suddette spese devono essere effettivamente sostenute dai beneficiari; pertanto, non si ha diritto alle dette provvidenze qualora le spese in questione gravino su Enti pubblici o siano rimborsate da società ed associazioni

assicurative e di assistenza volontaria o obbligatoria. Tale circostanza deve essere dichiarata in domanda. Il dipendente è tenuto a presentare la ricevuta fiscale relativa alle spese sostenute.

3. **Decesso del dipendente**, la Commissione provvede ad esaminare le richieste e ad esprimere il proprio parere circa l'erogazione di un sussidio a favore dei figli - del coniuge – o di altro familiare convivente - nei limiti delle disponibilità finanziarie assegnate all'uopo dal Ministero e in rapporto al numero di domande pervenute.

Gli interessati possono presentare domanda di sussidio, qualora il tetto dell'indicatore della Situazione Economica Equivalente (calcolata gratuitamente dai CAAF, Comuni o INPS) relativo **all'anno 2020** non superi il limite di **€ 23.000,00**. I sussidi saranno erogati in base al reddito familiare complessivo.

Le richieste, prodotte utilizzando il modello **A/B** allegato alla presente circolare, devono essere presentate a questa Direzione Generale entro e non oltre il **28 ottobre 2021**.

Le domande relative al personale in servizio devono essere inoltrate a questo Ufficio Scolastico Regionale per via gerarchica entro la predetta data del **28 ottobre 2021**.

Le domande relative al personale cessato dal servizio, sottoscritte con firma autografa, devono essere trasmesse direttamente a questo Ufficio Scolastico Regionale, Via dell'Arcivescovado,8 – 67100 L'Aquila a mezzo raccomandata o per posta certificata all'indirizzo: [drab@postacert.istruzione.it](mailto:drab@postacert.istruzione.it) entro la predetta data del **28 ottobre 2021**.

Nella domanda, da presentare in duplice copia, devono essere indicati i dati anagrafici e il codice fiscale del richiedente, il ruolo di appartenenza attuale o cessato e la composizione del nucleo familiare.

Nella domanda va altresì evidenziata l'insussistenza di analoghe richieste inoltrate per lo stesso evento da parte del dipendente o di un altro familiare ad altre amministrazioni, Enti, Società o Associazioni.

Documenti da allegare:

- originali o copie, dichiarate conformi sotto la propria responsabilità, dei documenti di spesa sostenuta per gli eventi verificatisi dal **17 Settembre 2020** alla **data di presentazione della domanda**;
- copia dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente, come definito dal comma 2 dell'art. 2 del D. Lgs 31 marzo 1998 n. 109, corredata dagli indicatori ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) relativa **all'anno 2020**

Per i casi previsti dai punti 2 e 3 del presente decreto, alla domanda va allegata anche copia autentica del certificato di morte del dipendente o del familiare, o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. 445/2000.

La Commissione costituita presso questo Ufficio Scolastico Regionale per la valutazione delle domande di sussidio predetermina eventuali criteri di dettaglio per gli interventi assistenziali.

Si rammenta che i sussidi finanziati nel corrente esercizio non potranno essere oggetto di future richieste.

Il presente bando è affisso all'Albo di questo Ufficio, degli Ambiti Territoriali, delle Istituzioni scolastiche della Regione, che ne cureranno la diffusione tra il personale in servizio.

Verrà altresì inserito sul portale dell'Ufficio Scolastico Regionale, per consentirne la conoscenza da parte del personale cessato dal servizio.

IL DIRETTORE GENERALE  
Antonella Tozza  
(documento firmato digitalmente )

**RICHIESTA SUSSIDIO PER DECESSO DEL DIPENDENTE, PRESENTATA DAL CONIUGE - DAI FIGLI O DA ALTRO FAMILIARE CONVIVENTE**

**MODELLO DOMANDA "A"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e. mail: \_\_\_\_\_

in qualità di coniuge/figlio/altro familiare convivente di \_\_\_\_\_

con ultima sede di servizio (del dipendente deceduto) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che gli/le venga concesso il sussidio economico, avente ad oggetto "provvidenze a favore di tutto il personale del Ministero dell'Istruzione in servizio, di quello cessato e delle loro famiglie", per:

☐ decesso (specificare coniuge/figlio/altro familiare convivente

\_\_\_\_\_

☐ malattia grave (specificare il tipo di malattia) \_\_\_\_\_

☐

**DICHIARA**

Ai sensi del DPR 445//2000

- ☐ di non avere inoltrato analoga richiesta di sussidio per lo stesso evento ad altre Amministrazioni o Enti;
- ☐ che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda di sussidio per lo stesso evento ad altre amministrazioni, enti, società o associazioni;
- ☐ che il nucleo familiare risultante dall'evidenza anagrafica è composto dalle seguenti persone:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Si allegano:

- originali o copie, dichiarate conformi sotto la propria responsabilità, dei documenti di spesa sostenuta per gli eventi verificatisi dal 17 settembre 2020 alla data di presentazione della domanda, indicando il totale delle spese per patologia;
- copia dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente, come definito dal comma 2 dell'art. 2 del D. Lgs 31 marzo 1998 n. 109, corredata dagli indicatori ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno **2020**;
- copia autentica del certificato di morte del familiare o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. 445/2000.
- Copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Copia del codice fiscale del dichiarante;

Chiede, inoltre, che l'eventuale sussidio sia accreditato:

- presso la Banca \_\_\_\_\_ codice IBAN \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- presso l'Ufficio postale \_\_\_\_\_ c/c postale n. \_\_\_\_\_
- presso Banca d'Italia di \_\_\_\_\_

1) Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che l'erogazione dei sussidi e delle provvidenze di cui al presente bando è subordinata all'effettiva assegnazione dei fondi da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, sul cap. 2115/1.

Luogo e data

Firma del richiedente il contributo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ - ha preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al bando.

Luogo e data

Firma del richiedente il contributo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **RICHIESTA SUSSIDIO PRESENTATA DAL DIPENDENTE**

### **MODELLO DOMANDA "B"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ e mail: \_\_\_\_\_

- in servizio presso \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_
- in quiescenza dal \_\_\_\_\_ con ultima sede di servizio  
\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

#### **▪ CHIEDE**

Che gli/le venga concesso il sussidio economico, avente ad oggetto "provvidenze a favore di tutto il personale del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca in servizio, di quello cessato e delle loro famiglie", per:

- ☐ decesso (specificare: coniuge/ figlio /altro familiare convivente) \_\_\_\_\_
- ☐ malattia grave (specificare il tipo di malattia) \_\_\_\_\_

#### **DICHIARA**

Ai sensi del DPR 445//2000

- ☐ di non avere inoltrato analoga richiesta di sussidio per lo stesso evento ad altre Amministrazioni o Enti;
- ☐ che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda di sussidio per lo stesso evento ad altre amministrazioni, enti, società o associazioni;
- ☐ che il nucleo familiare risultante dall'evidenza anagrafica è composto dalle seguenti persone:

---

---

---

---

Si allegano:

- originali o copie, dichiarate conformi sotto la propria responsabilità, dei documenti di spesa sostenuta per gli eventi verificatisi dal 17 settembre 2020 alla data di presentazione della domanda;
- copia dichiarazione sostitutiva unica riferita ai componenti il nucleo familiare del richiedente, come definito dal comma 2 dell'art. 2 del D. Lgs 31 marzo 1998 n. 109, corredata dagli indicatori ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente) relativa all'anno **2020**;
- copia autentica del certificato di morte del familiare o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. 445/2000.
- Copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante;
- Copia del codice fiscale del dichiarante;

Chiede, inoltre, che l'eventuale sussidio sia accreditato:

- presso la Banca \_\_\_\_\_ codice IBAN
- \_\_\_\_\_
- presso l'Ufficio postale \_\_\_\_\_ c/c postale n. \_\_\_\_\_
- presso Banca d'Italia di \_\_\_\_\_ .

- 1) Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara di essere consapevole che l'erogazione dei sussidi e delle provvidenze di cui al presente bando è subordinata all'effettiva assegnazione dei fondi da parte del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, sul cap. 2115/1.

Luogo e data

Firma del richiedente il contributo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 2) 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 3) Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ ha preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata al bando,

Luogo e data

Firma del richiedente ilo contributo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_