**Allegato A**

**RICHIESTA SUSSIDIO PER DECESSO DEL DIPENDENTE, presentata dal coniuge o 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 o figlio/a)

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: nome e cognome del dipendente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 a causa di morte del dipendente verificatasi 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 dipendente
* Copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Luogo e data Firma del richiedente il contributo

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_