



Ministero della Pubblica Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale  
per L'Emilia-Romagna

*Direzione Generale*

*Ufficio VI\* - Risorse Finanziarie – Dirigente Luciano Fanti*

Prot. n. 6013

Bologna, 13/03/2008

**Ai Dirigenti degli Uffici Scolastici Provinciali  
della Regione Emilia-Romagna**

**LORO SEDI**

**Al Dirigente dell'Ufficio VIII – Risorse Umane  
Ufficio Scolastico Regionale per l'E.R.**

**SEDE**

Oggetto: Comparto Scuola, Comparto Ministeri, Area I e V della Dirigenza.

Domande per contributi e provvidenze a favore del personale in servizio e in quiescenza.  
Eventi anno 2007. Modifiche al decreto e sostituzione della precedente modulistica.

Visto il Decreto Dirigenziale n.67 del 12/03/2008 che indica nuovi criteri e le modalità di erogazione di contributi e provvidenze a favore di tutto il personale della scuola, della Direzione Generale, degli Uffici Scolastici Provinciali, in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie, si prega di voler comunicare al personale interessato del proprio ufficio e di tutte le Istituzioni scolastiche, che le domande per ottenere il contributo previsto dal suddetto Decreto Dirigenziale, riferito ad eventi accaduti nell'anno 2007, dovranno pervenire a questo ufficio **entro il 30 aprile 2008**. Si allega il nuovo modulo per le domande che dovranno essere prodotte in carta libera corredate dalla prescritta documentazione indicata all'art.5 del D.D.G. n. 67 del 13/03/2008. In mancanza o carente documentazione le stesse non potranno essere prese in considerazione.

Si fa presente che coloro che hanno già inoltrato la richiesta prima della presente circolare, dovranno riprodurre la domanda utilizzando l'allegato modello con l'integrazione di eventuale documentazione omessa. Il Decreto del Direttore Generale n. 67 del 12/03/2008, può essere consultato sul sito internet [www.istruzioneer.it](http://www.istruzioneer.it), nel link "Risorse finanziarie" alla data del 18/03/2008.

***L'Amministrazione, ai sensi di legge, si riserva di effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel modulo di domanda.***

F.to Il Dirigente  
Luciano Fanti

1 allegato

Responsabile del procedimento Vienibene Rosamaria	Tel. 051-6437747
---------------------------------------------------	------------------



Ministero della Pubblica Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale  
per L'Emilia-Romagna

Direzione Generale

Ufficio VI\* - Risorse Finanziarie – Dirigente Luciano Fanti

Allegato alla comunicazione prot. n. 6013 del 13/03/2008

**Modello di domanda di provvidenze**

Prima della compilazione si consiglia di leggere scrupolosamente il D.D.G. n.67 del 12/03/2008.

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per  
l'Emilia-Romagna  
p.zza XX Settembre, 1  
Ufficio VI

40121 BOLOGNA

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n. 67 del 12/03/2008.

**Il/La sottoscritt** \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

e domiciliato a (qualora diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

ai sensi del D.D.G. dell'U.S.R. – E.-R. n. 67 prot. 5955 del 12/03/2008, l'assegnazione di un sussidio per:

( ) decesso di \_\_\_\_\_;

( ) malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:

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

**A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:**

( ) di essere dipendente del MPI in servizio presso \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

e contratto a tempo indeterminato/determinato (cancellare l'ipotesi che non ricorre), pagato dalla D.P.V.S. (1)

( ) di essere in servizio continuativo dal \_\_\_\_\_

Responsabile del procedimento Vienibene Rosamaria

Tel. 051-6437747



di essere stato dipendente di ruolo/ del MPI in servizio presso \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

e contratto a tempo indeterminato/determinato (cancellare l'ipotesi che non ricorre), pagato dalla D.P.V.S. (1)

e di essere cessato dal servizio in data \_\_\_\_\_

di essere familiare (\_\_\_\_\_) (\*) di \_\_\_\_\_

il quale era già dipendente del MPI, in servizio presso \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_

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

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

**Dichiara altresì:**

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2007;
2. che le spese per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno 2007 ammontano a € \_\_\_\_\_, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 3000.

**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.

**Allega** (contrassegnare con X i documenti allegati):

Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata degli attestati I.S.E. ed I.S.E.E. calcolati sui redditi percepiti nell'anno 2006 dall'attuale nucleo familiare.

originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa sostenuta:

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

documentazione medica (solo per i casi previsti nell'art.3 del decreto) \_\_\_\_\_

certificato di morte di \_\_\_\_\_

stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente

fotocopia di documento di identità.



**Il/La sottoscritt\_\_ chiede** altresì che il sussidio eventualmente assegnato venga accreditato con la seguente modalità:

- ( ) conto corrente bancario N° \_\_\_\_\_ BANCA \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_
- ( ) conto corrente postale N° \_\_\_\_\_ ufficio postale di \_\_\_\_\_  
Codice IBAN \_\_\_\_\_
- ( ) contanti presso Banca d'Italia della provincia di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritt\_\_, consapevole delle sanzioni, civili e penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero.

Eventuali comunicazioni potranno essere inviate al seguente recapito (indirizzo e numero telefonico):

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

di cui comunicherà l'eventuale cambiamento.

Il/La sottoscritt\_\_ **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

E' consapevole che l'amministrazione può effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO**

\_\_\_\_\_

### Note

- ( ) **Contrassegnare con (X) l'opzione d'interesse.**  
(\* **Indicare il rapporto di parentela.**  
(1) **Direzione Provinciale dei Servizi vari del Tesoro.**