



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "AMANTE"

Via degli Osci, 1 - 04022 - FONDI (LT) ☎ 0771501626 fax 0771512219

✉ Itic817006@istruzione.it

Itic817006@pec.istruzione.it

sito-web : www.icamante.gov.it

CODICE FISCALE : 90027830596

A TUTTO IL PERSONALE

**AL SITO WEB DELL'ISTITUTO
AL REGISTRO ELETTRONICO**

COMUNICAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO - A. S. 2014/2015						
Circ. n. 195	23/06/2015	Provvidenze a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie per eventi anno 2014				

Per opportuna conoscenza delle SS.LL., si trasmette la nota n. 13761 del 22/07/2015, prot.n. 0001630 del 6/3//2015, inerente l'oggetto.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Annarita del Sole



Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca
Ufficio scolastico regionale per il Lazio
Direzione generale

Prot. n. 13761

Roma, 22/06/2015

Ai Dirigenti
degli Uffici Scolastici di Ambito Territoriale del Lazio

Ai Dirigenti Scolastici
Delle Istituzioni Scolastiche di ogni ordine e grado della Regione Lazio

Al Personale dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

E p.c. Alle OO.SS.
Alla R.S.U.

Oggetto: Provvidenze a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie per eventi anno 2014.

Con riferimento all'oggetto si trasmette l'allegato modello di domanda relativo a quanto disposto con il D.D.G. prot. n. 412 del 16/12/2014 di questo Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio.

Si precisa che le domande di richiesta sussidio dovranno essere relative ad eventi, come previsti nel suddetto D.D.G., avvenuti nel corso dell'anno 2014 nei limiti della disponibilità finanziaria che il MIUR ha erogato per tale E.F. e pari ad € 10.168,00.

Le domande, che dovranno essere prodotte utilizzando esclusivamente l'allegato modello di domanda, dovranno essere trasmesse entro il 30/07/2015, agli uffici competenti come segue:

- le domande del personale scolastico e amministrativo in servizio o cessato dal servizio presso questo Ufficio Scolastico Regionale dovranno essere trasmesse all'Ufficio I di questa Direzione Generale;
- le domande del personale scolastico e amministrativo in servizio o cessato dal servizio presso gli Ambiti Territoriali Provinciali dovranno essere trasmesse all'Ambito Territoriale di competenza;
- le domande del personale scolastico in servizio o cessato dal servizio presso le Istituzioni Scolastiche dovranno essere trasmesse all'Istituzione scolastica di appartenenza.

Gli Ambiti Territoriali e le Istituzioni Scolastiche dovranno provvedere al successivo inoltro delle domande di sussidio, loro pervenute entro il 30/07/2015, all'Ufficio I di questa Direzione Generale, previa istruttoria, entro il termine massimo del 15/09/2015. A tal fine si invitano gli Ambiti Territoriali e le Istituzioni Scolastiche a controllare che alla domanda di sussidi presentata sia allegata la documentazione richiesta. Qualora quest'ultima risulti carente, s'invitano sia gli ambiti territoriali che le Istituzioni Scolastiche a contattare gli interessati per l'integrazione della documentazione. Solo al termine dell'istruttoria le domande potranno essere inoltrate allo Scrivente Ufficio entro il suddetto termine del 15/09/2015.

Si precisa, inoltre, che gli indicatori ISEE da allegare alle domande in oggetto dovranno essere calcolati secondo le nuove disposizioni introdotte dal D.M. del 07/11/2014 ed entrate in vigore dal 1° gennaio 2015.

Si richiama, da ultimo, l'attenzione sulla circostanza che l'Amministrazione è autorizzata ad effettuare verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nella domanda di sussidio e a richiedere la documentazione agli Enti interessati ai sensi dell'art. 15 della L. 183/2011.

Si invitano i dirigenti in indirizzo ad assicurare la massima diffusione della presente.

IL DIRETTORE GENERALE
Gildo De Angeli

MODELLO di domanda di Provvidenze

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio del Personale
Via L. PIANCIANI, 32
00185 - Roma

RICHIESTA DI SUSSIDI PER L'ANNO 2014

Il/La sottoscritt.....
nat_ a il residente
in..... Prov.....
Via..... n° Cap.....
e domiciliato in (indicare se diverso dalla residenza) Prov.....
Via..... n° Cap.....
Codice Fiscale

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. n. 412 del 16/12/2014 dell'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio,
l'assegnazione di un sussidio per (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- decesso di Rapporto di parentela¹
- malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare:
..... Rapporto di parentela²

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

- di essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso
con la qualifica di
- di essere stato/a dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato in servizio presso
con la qualifica di
e di essere cessato dal servizio in data
- di essere familiare di

¹ Specificare se la persona deceduta era: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

² Specificare il rapporto di parentela: coniuge; figlio; padre/madre, fratello/sorella, suocero/suocera, purché appartenenti allo stesso nucleo familiare; persone costituenti con il dipendente nucleo familiare anagrafico, purché conviventi.

il/la quale era già dipendente del MIUR (con contratto a tempo indeterminato) in servizio presso
con la qualifica di fino al

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

.....
.....
.....
.....

(compilare in caso di richiesta di sussidio per "Decesso") che il nucleo familiare, alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente, oltre alla persona deceduta, era così composto:

.....
.....
.....
.....

che la richiesta di sussidio per "Decesso" riguarda il familiare
deceduto il a Prov.
e che la spesa sostenuta per il decesso, nell'anno 2014, ammonta ad €

che la richiesta di sussidio per "Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità" riguarda:
 me medesimo
 il familiare.....;
che le spese per cure mediche e di degenza, sostenute relativamente ad un'unica patologia nell'anno 2014, ammontano ad € e, quindi sono uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 3.500,00.

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, Assicurazioni.

Allega:

1. 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 degli attestati I.S.E. e I.S.E.E. relativi all'anno 2014;
2. Fotocopia del codice fiscale e del documento di identità.

Se la richiesta di sussidio è relativa a (contrassegnare con una X l'opzione di interesse):

"Decesso", allega anche:

- a. originali o copie conformi all'originale della documentazione giustificativa di spesa;
- b. copia o autocertificazione del certificato di morte del dipendente, del cessato o del familiare;
- c. copia o autocertificazione dello stato di famiglia alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente;

"Malattie ed interventi chirurgici di particolare gravità", allega anche:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 - D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritt.....
nat_ a Prov. il
residente in..... Prov.....
Via..... n° Cap.....

Consapevole che, in caso di mendaci dichiarazioni, il D.P.R. 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 75 e 76) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.Lgs. 196/2003

DICHIARA

(contrassegnare con una X l'opzione di interesse)

che la famiglia convivente si compone di:

(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(rapporto di parentela)
.....
.....
.....

(in caso di richiesta di sussidio per "Decesso") la famiglia convivente, alla data del decesso del dipendente o del familiare convivente, **oltre alla persona deceduta**, era così composto:

(cognome e nome)	(luogo e data di nascita)	(rapporto di parentela)
.....
.....
.....

(in caso di richiesta di sussidio per "Decesso") che il proprio.....
(rapporto di parentela)

..... nato il.....a.....
(cognome nome)

e residente a è morto in data
a.....

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.