



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**  
Direzione Generale - Via Ponte della Maddalena, 55 - 80142 Napoli  
pec: [drca@postacert.istruzione.it](mailto:drca@postacert.istruzione.it) - email: [direzione-campania@istruzione.it](mailto:direzione-campania@istruzione.it)

**UFFICIO I**

Al personale scolastico delle scuole della  
Regione Campania

Oggetto: Sussidi al personale della scuola

In relazione al proprio decreto prot. 0041449 del 03.11.2022 relativo alla concessione di provvidenze al personale della scuola si RITRASMETTE, debitamente corretto, il modello di richiesta sussidi per eventi verificatisi dal 1 Novembre 2021 al 31 Ottobre 2022.

**IL DIRIGENTE UFFICIO I**  
*Fabrizio PERRELLA*



Firmato digitalmente da  
PERRELLA FABRIZIO  
C=IT  
O=MINISTERO  
DELL'ISTRUZIONE



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**

(modello di domanda allegato al \_\_\_\_\_)

Al Direttore Generale  
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Campania  
Ufficio I - AA.GG. Personale e servizi della D.G. -  
[drca@postacert.istruzione.it](mailto:drca@postacert.istruzione.it)

**Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. prot \_41449 del 03.11.2022.**

Il/La sottoscritto/a																			
nato/a a												Prov.							
il							residente a							Prov.					
in Via																			
Codice Fiscale:																			

**CHIEDE**

Contrassegnare con (X) le opzioni di interesse

**l'assegnazione di un sussidio per:**

<input type="checkbox"/>	decesso di (*)																	
<input type="checkbox"/>	malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare (*):																	



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

<input type="checkbox"/>	di essere dipendente del MIUR in servizio presso			
	con la qualifica di			
<input type="checkbox"/>	di essere in servizio continuativo dal			
<input type="checkbox"/>	di essere stato dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso			
	con la qualifica di			
	e di essere cessato dal servizio in data			
<input type="checkbox"/>	di essere familiare (*) di			
	il quale era già dipendente di ruolo del MIUR, in servizio presso			
	con la qualifica di		fino al	

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

Grado di parentela	Nome e Cognome	Luogo e Data di nascita



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**

**Dichiara altresì:** *(cancellare la parte che non interessa)*

1.	che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato dal <b>1 Novembre 2021 al 31 Ottobre 2022</b>	
2.	che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro	
3.	che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nel periodo 2020/2021 ammontano a euro:	

**Il sottoscritto dichiara espressamente che:**

<input type="checkbox"/>	non sussistono ulteriori redditi oltre quelli dichiarati ai fini della determinazione dell'indicatore della situazione economica (I.S.E.E.), anche in capo agli altri componenti il nucleo familiare quale risulta dalle evidenze anagrafiche
<input type="checkbox"/>	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)*

<input type="checkbox"/>	Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dall'attestato I.S.E.E. relativo all'anno 2020	
<input type="checkbox"/>	originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa sostenuta:	
<input type="checkbox"/>	documentazione medica	
<input type="checkbox"/>	certificato di morte di	
<input type="checkbox"/>	stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente	
<input type="checkbox"/>	fotocopia di documento di identità e codice fiscale	



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CAMPANIA**

**Il sottoscritto chiede che il sussidio eventualmente assegnato gli venga accreditato**

presso l'istituto di credito/ufficio postale	
Codice IBAN	
intestato a	

- Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni, anche 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 ai seguenti recapiti:

Numero di cellulare	
Indirizzo di posta elettronica	

dei quali si impegna a comunicare l'eventuale cambiamento.

Il sottoscritto **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto.

Data

Firma

---

**Note**

(\*) È obbligatorio indicare anche il rapporto di parentela col richiedente

(\*\*) Tutta la documentazione deve essere presentata contestualmente alla domanda entro il termine previsto dal bando; in nessun caso è ammesso fare riferimento a documentazione presentata in precedenza o esprimere riserva di integrare la documentazione oltre il suddetto termine.