ALLEGATO 1

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia

per il tramite

dell'Istituzione scolastica o dell'Ufficio
di attuale o ultima appartenenza del dipendente

OGGETTO: Domanda di provvidenza per decesso del coniuge o di figli del dipendente (rif. D.D.G. dell'U.S.R. per la Puglia avente ad oggetto «*Criteri e modalità di individuazione dei beneficiari della risorsa finanziaria assegnata all'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia per "Provvidenze a favore di tutto il personale del Ministero della Pubblica Istruzione, in servizio, di quello cessato e delle loro famiglie"*»).

Il/La sottoscritto/a _____, c.f. _____

nato/a a _____, il _____, residente nel Comune di

_____, alla Via _____

indirizzo e-mail per la ricezione delle comunicazioni inerenti alla procedura [*l'indicazione è obbligatoria*]: _____

numero di telefono [*l'indicazione è facoltativa*]: _____

CHIEDE

di poter beneficiare della provvidenza di cui all'articolo 2 ("***Provvidenze per decesso del dipendente, del coniuge o dei figli***") del D.D.G. in oggetto, alle condizioni e nei limiti previsti dal medesimo D.D.G.

Allo scopo, **consapevole delle conseguenze di carattere amministrativo e penale connesse al rilascio di dichiarazioni non corrispondenti a verità** ed in particolare di quanto previsto dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445,

DICHIARA

☐ di essere un dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito che attualmente presta servizio con contratto di lavoro a tempo indeterminato nel seguente ruolo: _____

presso *[indicare l'Istituzione scolastica statale della Regione Puglia oppure l'Ufficio dell'U.S.R. per*

la Puglia presso il quale il dipendente presta attualmente servizio]: _____

oppure

☐ di aver cessato in data _____ [*la data sia pari o successiva al 30.12.2023*] di prestare servizio come dipendente del Ministero dell'istruzione e del merito con contratto di lavoro a tempo indeterminato nel seguente ruolo: _____ presso [*indicare l'ultima Istituzione scolastica statale della Regione Puglia oppure l'ultimo Ufficio dell'U.S.R. per la Puglia presso il quale il dipendente ha prestato servizio*]: _____ _____

- che l'evento (decesso) per il quale chiede la provvidenza ha colpito il seguente soggetto:

☐ il proprio coniuge [*indicare nome e cognome del coniuge*] _____ _____, c.f. _____, nato/a _____ il _____

☐ il/la proprio/a figlio/a [*indicare nome e cognome del/della figlio/a*] _____ , c.f. _____, nato/a _____ il _____

- che il sopra indicato familiare deceduto apparteneva, al momento dell'evento, al medesimo nucleo familiare (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) del/della sottoscritto/a;

- che l'evento (decesso) per il quale chiede la provvidenza si è verificato in data _____ [*la data sia pari o successiva al 30.12.2023*];

- che non sono state inoltrate analoghe domande di provvidenza per lo stesso evento da parte del dipendente o di un altro familiare ad altre Amministrazioni, Enti, Società o Associazioni;

- che il proprio I.S.E.E. in corso di validità, calcolato con Dichiarazione Sostitutiva Unica presentata successivamente al verificarsi dell'evento (decesso), è pari a

€ _____.

Il/La sottoscritto/a chiede che la provvidenza, qualora concessa, venga accreditata sul seguente:

☐ conto corrente bancario n°_____ intestato al/alla sottoscritto/a _____ Banca _____ Agenzia di _____ Codice IBAN _____

☐ conto corrente postale n° _____ intestato al/alla sottoscritto/a _____ Ufficio Postale di _____ Codice IBAN _____

Si allegano alla presente:

- copia di documento di riconoscimento del/della sottoscritto/a in corso di validità;

- copia del codice fiscale del/della sottoscritto/a;

Luogo e data, _____

FIRMA

_____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali allegata al D.D.G. in oggetto.

Luogo e data, _____

FIRMA

_____