

ALLEGATO 3

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 malattia grave da cui derivino spese per cure mediche e di degenza effettivamente sostenute (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 3 ("*Provvidenze per malattie gravi da cui derivino spese per cure mediche e di degenza effettivamente sostenute*") del D.D.G. in oggetto, alle condizioni e nei limiti previsti dal medesimo D.D.G.

In particolare, chiede a titolo di provvidenza il rimborso, nella misura massima del 20%, della seguente spesa:

€ \_\_\_\_\_ [*La domanda di provvidenza sia avanzata per una spesa minima effettivamente sostenuta uguale o superiore a € 5.000,00, determinata da un'unica patologia e comunque la più grave e relativamente a ciascun soggetto colpito del nucleo familiare*].

Tale spesa, sostenuta in data pari o successiva al 30.12.2023, è dovuta a cure mediche e di degenza correlate a malattia grave:

del/della sottoscritto/a;

del seguente familiare del/della sottoscritto/a [*indicare nome e cognome del familiare*]:  
\_\_\_\_\_, il quale rispetto al/alla sottoscritto/a è [*indicare la  
parentela con il sottoscritto*] \_\_\_\_\_ e attualmente appartiene al suo  
medesimo nucleo familiare (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013).

Allo scopo, il/la sottoscritto/a, **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 la malattia grave dalla quale è derivata la spesa della quale si chiede il rimborso:

ha colpito il/la sottoscritto/a

ha colpito il seguente familiare del/della sottoscritto/a: [*indicare nome e cognome del familiare*]  
\_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, nato/a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, il quale rispetto al/alla sottoscritto/a è [indicare la parentela con il sottoscritto]: \_\_\_\_\_

- [nel caso in cui la sopra riferita malattia grave riguardi un familiare] che il sopra indicato familiare attualmente appartiene al medesimo nucleo familiare (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) del/della sottoscritto/a;

- che la spesa per la quale chiede la provvidenza è stata sostenuta dal/dalla/sottoscritto/a o da un componente del proprio nucleo familiare (come definito dall'art. 3 del D.P.C.M. 159/2013) ed è stata sostenuta in data 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 la spesa per la quale chiede la provvidenza NON è posta a carico del Sistema Sanitario Nazionale o di altri enti pubblici, né è rimborsata da società ed associazioni assicurative e di assistenza volontaria o obbligatoria;

- che la spesa per la quale chiede la provvidenza è strettamente connessa alle esigenze di cura della malattia e degli interventi chirurgici sostenuti [N.B.: la provvidenza è ESCLUSA per spese farmaceutiche, spese riferite a rette per ricoveri in case di cura per anziani, spese per protesi e cure dentarie, spese per interventi di chirurgia estetica, viaggi, pernottamenti, telefonate, ristori];

- che tutte le copie di documenti allegate alla presente domanda sono conformi agli originali;

- **che il proprio I.S.E.E. in corso di validità, calcolato con apposita Dichiarazione Sostitutiva Unica, 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;
- copia dei documenti attestanti data, causale e importo della spesa per la quale si chiede la provvidenza, di seguito elencati:

---

---

---

---

---

---

---

---

- certificato rilasciato dal competente medico di base attestante che: a) la malattia dalla quale derivi la spesa per la quale si chiede la provvidenza ha carattere di gravità; b) che la riferita spesa, come risultante dai documenti allegati alla presente domanda, derivi da cure mediche e/o da degenza determinate da tale malattia.

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 e, sotto propria responsabilità, dichiara che, per il proprio tramite, ha preso visione di tale Informativa anche l'eventuale altro componente del proprio nucleo familiare i cui dati personali sono menzionati nella presente domanda.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_