ALLEGATO 2

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 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 *[indicare parentela: coniuge o figlio/a*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di [*indicare nome e cognome del dipendente deceduto*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a [*indicare dati anagrafici del dipendente deceduto*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deceduto in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [*la data sia pari o successiva al 30.12.2023*], il/la quale:

🞎 al momento del decesso, prestava servizio come dipendente del Ministero dell’istruzione e del merito 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 prestava servizio al momento del decesso*]: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***oppure***

🞎 anteriormente al decesso, aveva 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 aveva prestato servizio*] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- che il sopra indicato dipendente 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 non sono state inoltrate analoghe domande di provvidenza per lo stesso evento da parte 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

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