

USR
SICILIA

www.usr.sicilia.it

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA SICILIA
DIREZIONE GENERALE

Via Fattori, 60 - 90146 Palermo - Tel. 091/6909111

pec drsi@postacert.istruzione.it mail direzione-sicilia@istruzione.it C.F. 80018500829



- Ministero
- Istruzione
- Università
- Ricerca

Prot. N. 4374/e1
DEL 18-12-2017

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA** la disponibilità di € 15.210,00 sul capitolo di spesa 2115 – Piano gestionale 1 “Provvidenze a favore di tutto il personale dipendente del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie” dello stato di previsione per l’anno 2017 della spesa del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca;
- VISTO** il decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche" e successive modificazioni ed integrazioni;
- VISTA** la legge 7 agosto 1990, n.241 e s.m.i., ed in particolare l'art.12, comma 1;
- VISTO** il decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- VISTA** la legge 31 dicembre 2009, n.196, recante "Legge di contabilità e finanza pubblica";
- RAVVISATA** l'opportunità di fare riferimento all'articolo 5, del decreto legge 6 dicembre 2011, n.201, convertito con modificazioni dalla legge 22 dicembre 2011, n.214, al DPCM 5 dicembre 2013 n.159 (regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'ISEE) e al decreto interministeriale del 7 novembre 2014 di approvazione del nuovo modello di dichiarazione sostitutiva unica;
- VISTO** il decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento all'articolo 15 della legge 12 novembre 2011, n.183;
- VISTA** la legge n.190/2012 e il D.Lgs. n.33/2013;
- RITENUTO** di dover procedere alla individuazione dei criteri e delle modalità di concessione dei sussidi;

DECRETA

Art. 1
Beneficiari

- 1 - Le provvidenze di cui al presente decreto sono destinate al personale dipendente del MIUR in servizio alla data dell'evento, con contratto a tempo indeterminato, negli Uffici o nelle Istituzioni Scolastiche della Regione Sicilia e alle loro famiglie, nonché a quello cessato dal servizio nei medesimi Uffici e Istituzioni Scolastiche nei 12 mesi precedenti la data di presentazione della domanda di concessione.
- 2 - Le provvidenze sono concesse per le istanze presentate per le seguenti evenienze:
 - prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici di particolare gravità, ad eccezione di quelli meramente estetici non determinati da situazioni invalidanti;
 - spese funerarie.
- 3 - La spesa minima per la quale è consentito inoltrare domanda di sussidio è fissata in € 2.000,00 ed il sussidio medesimo è concesso con preferenza per i redditi I.S.E.E. più bassi ed in misura inversamente proporzionale allo stesso reddito I.S.E.E.

Dirigente:



Responsabile del procedimento:





- il richiedente non abbia usufruito per i pregressi anni del medesimo contributo una tantum per cure ascrivibili alla stessa malattia;
- non si tratti di spese riferite a rette per ricoveri in case di cura per anziani, protesi e cure dentarie, ticket per farmaci.

**Art. 5
Domande**

1 - Le domande, redatte secondo l'allegato modello che costituisce parte integrante del presente decreto e indirizzate all'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia – Direzione Generale- Ufficio I - Via Fattori, 60 Palermo (Cap 90146), **dovranno pervenire, a pena di nullità, dal 1 gennaio al 31 gennaio 2018 all'indirizzo di posta certificata (drsi@postacert.istruzione.it) per il tramite dell'Ufficio o dell'Istituzione scolastica o educativa di appartenenza.**

L'oggetto dell'email dovrà contenere la seguente dicitura: **(PROVV) Provvidenze personale MIUR 2017 - (Cognome e Nome).**

Non saranno prese in considerazione istanze pervenute al di fuori delle modalità sopra indicate, ancorché prodotte nei termini.

2 - Nella domanda dovranno essere indicati i dati anagrafici e il codice fiscale del richiedente, la situazione di dipendenza (in servizio o cessato), la decorrenza del servizio continuativo, la qualifica e l'ultima sede di servizio.

Considerato che l'eventuale sussidio sarà erogato esclusivamente tramite accreditamento su conto corrente bancario o postale, dovranno necessariamente essere specificati l'istituto di credito e le coordinate IBAN relative a detto conto,

Nella domanda va, altresì, evidenziata l'insussistenza di analoghe richieste inoltrate per lo stesso evento da parte del dipendente o di un altro familiare ad altre Amministrazioni, Ente, Società, Associazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Le dichiarazioni rese e sottoscritte nella domanda hanno valore di autocertificazione. Qualora dal controllo dovesse emergere la non veridicità del loro contenuto, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti ed incorrerà nelle sanzioni penali previste dalla normativa vigente.

3 - I Dirigenti dell'Uffici scolastici territoriali o delle istituzioni scolastiche o educative di appartenenza attesteranno nella nota di accompagnamento:

- la qualifica del richiedente e la situazione di dipendenza (in servizio o cessato);
- la decorrenza del servizio di ruolo, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 del presente bando;
- la data di eventuale cessazione dal servizio.

**Art. 6
Documentazione**

1- Alla domanda saranno allegati in formato digitale:

- i documenti giustificativi relativi alla causale della richiesta ed all'entità della spesa sostenuta. Gli stessi devono essere intestati al richiedente o a un componente del nucleo familiare;

Dirigente:		
Responsabile del procedimento:		

Modello di domanda di provvidenze

Al Direttore Generale
dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia - Palermo

per il tramite

(indicare l'Ufficio scolastico territoriale o l'Istituzione
scolastica di appartenenza)

Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. n.

Il/La sottoscritt _____ nat a _____
Il _____, residente a _____ prov. _____
Cap. _____ in Via _____
e domiciliato a (qualora diverso dalla residenza) _____ prov. _____ cap. _____
in via _____
C.F. _____

CHIEDE

ai sensi del D.D.G. dell'U.S.R. - Sicilia n. _____, l'assegnazione di un sussidio per:

- Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare _____ (grado di parentela) _____;
- Spese funerarie per decesso di _____ (grado di parentela) _____.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di:

essere dipendente del MIUR con contratto a tempo indeterminato dal _____ e in servizio continuativo dal _____ presso _____ con la qualifica di _____ (via, comune e prov.) _____
ovvero

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 _____ per _____
ovvero

essere familiare di _____ il quale era già dipendente del MIUR, in servizio presso _____ con la qualifica di _____ fino al _____ deceduto il _____ a _____ e di esercitare la seguente attività lavorativa _____

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

Che, alla data del decesso, avvenuto il _____ a _____ prov. _____ (____), il nucleo familiare oltre alla persona deceduta aveva la stessa composizione o (cancellare l'ipotesi che non ricorre) era così composto _____

Dichiara altresì:

1. che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno 2017;
2. che le spese sostenute per il decesso / per cure mediche e di degenza sostenute relativamente ad un'unica malattia grave nell'anno _____ ammontano a € _____, quindi uguali/superiori alla spesa minima fissata in € 2.000.
3. che la documentazione della patologia diagnosticata è reperibile presso _____

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 e Assicurazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Allega:

Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dell'attestazione I.S.E.E. calcolata sulla situazione reddituale dell'anno 2016 dall'attuale nucleo familiare.

originali (o copie conformi) dei seguenti documenti giustificativi relativi alla causale della richiesta e alle spese sostenute e non rimborsate:

fotocopia di documento di identità.

Il/La sottoscritt__ chiede altresì che il sussidio, eventualmente erogato, venga accreditato in conto corrente bancario o postale N° _____ intestato al sottoscritto/a
BANCA/UFFICIO POSTALE _____ Agenzia di _____
Codice IBAN _____

Per eventuali urgenti comunicazioni:

n. telefonico/i _____ posta elettronica _____

E' consapevole che l'amministrazione effettuerà verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate nel presente modulo e richiedere agli Enti interessati direttamente la documentazione ai sensi dell'art.15 della Legge 12 novembre 2011 n.183.

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO

Note

Contrassegnare con (X) l'opzione d'interesse.

Il/La sottoscritt__ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto ai sensi del D.L.vo n.196/2003.

Luogo e data

FIRMA DEL RICHIEDENTE IL CONTRIBUTO
