

## DOMANDA SUSSIDIO ANNO 2026 (spese 2025)

Al Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna

V. Giudice Guglielmo, 46 - 09131 CAGLIARI

[drsa@postacert.istruzione.it](mailto:drsa@postacert.istruzione.it)

via PEC

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_  
(qualora diverso dalla residenza)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

ai sensi del Decreto del Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna concernente le Provvidenze a favore del personale in servizio, di quello cessato dal servizio e delle loro famiglie per l'anno **2026**, **eventi 2025**, l'assegnazione di un sussidio per:

(contrassegnare con una X le opzioni di interesse):

#### **A) Patologie gravi, con invalidità superiore al 50%:**

- Per sé stesso  
 Per il seguente familiare:

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

con il seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_

*oppure:*

#### **B) Prestazioni mediche specialistiche ed interventi chirurgici:**

- Per sé stesso  
 Per il seguente familiare:

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

con il seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_

*oppure:*

**C) Decesso di:**

(cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e deceduto il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

con il seguente rapporto di parentela \_\_\_\_\_

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false e/o mendaci, sotto la propria responsabilità**

**DICHIARA:**

*(scegliere una delle opzioni di interesse)*

di essere dipendente del M.I.M. con contratto a tempo indeterminato dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_, e

che **il nucleo familiare è composto da:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*oppure:*

di essere stato/a dipendente del MIUR/MI/MIM in servizio presso \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_ e di essere cessato dal servizio in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e che alla data dell'evento il **nucleo familiare era composto da:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*oppure:*

di essere **familiare di** \_\_\_\_\_ già dipendente del MIUR/MI/MIM, in servizio presso \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*(solo per l'ipotesi di evento C)* che suddetto familiare è deceduto il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e, alla data del decesso, **il nucleo familiare della persona deceduta** era così composto:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- che l'evento per cui chiede il sussidio si è verificato nell'anno **2025**;



**Documentazione allegata:**

- attestato ISEE anno 2026
- fotocopia di documento di identità
- fotocopia del codice fiscale
- dichiarazione sottoscritta di conformità all'originale delle copie allegate
- copie della sottoelencata documentazione giustificativa di spesa:

---

---

---

---

---