

Allegato A

Al Direttore della SISSA  
SEDE**Oggetto: richiesta di accesso ai benefici socio-assistenziali 2024**

Il/La sottoscritto / a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

in servizio in qualità di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_

e fino a tutto il \_\_\_\_\_

ovvero

di essere familiare (grado di parentela: \_\_\_\_\_) di \_\_\_\_\_

già dipendente SISSA e deceduto/a il \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'erogazione di un contributo di cui al Regolamento della Scuola, per:

 Prestazioni sanitarie e medico assistenziali (art. 6) riferite a se stesso riferite a un componente del nucleo familiare: (*indicare cognome nome*) \_\_\_\_\_ Prestazioni sanitarie e medico assistenziali riferite a sé stesso (solo per l'allievo/a - art. 6 bis) Spese per libri di testo (art. 7)

Istituto/Scuola /Università: \_\_\_\_\_

Grado di istruzione/Corso universitario: \_\_\_\_\_

Anno scolastico/accademico: \_\_\_\_\_

 Spese per funerale (art. 8):

(indicare cognome nome e grado di parentela del defunto) \_\_\_\_\_

Al tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al DPR n. 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 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in via/ piazza \_\_\_\_\_

- che la composizione del proprio nucleo familiare è quella indicata dall'attestazione ISEE allegata

Il/La sottoscritto/a dichiara espressamente che per lo stesso evento non sono state inoltrate analoghe richieste di rimborso e/o sussidio da parte del dipendente stesso o di altro familiare ad altre Amministrazioni, Enti, Società o Associazioni, né sono stati ricevuti rimborsi e/o sussidi a carico del Servizio sanitario nazionale o da Enti e/o Società Assicurative e di assistenza volontaria o obbligatoria.

