

Allegato A

Al Direttore della SISSA
SEDE

Oggetto: richiesta di accesso ai benefici socio-assistenziali anno 2025

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 sé 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.

(indicare)