

## Modello A/1 – Sussidio orfani maggiorenni/2025

Alla REGIONE SICILIANA  
Assessorato Regionale delle Autonomie Locali e della Funzione Pubblica  
Dipartimento Regionale della Funzione Pubblica e del Personale  
Servizio 3 – Trattamento Economico Accessorio  
Viale Regione Siciliana, 2194 – 90135 Palermo  
Mail: dipartimento.funzione.pubblica@certmail.regione.sicilia.it

Il/La sottoscritto/a  nato/a a   
il  Codice Fiscale  residente in   
via/piazza/corso  numero  C.A.P.   
e-mail  telefono

### CHIEDE

in relazione al bando programma assistenziale anno 2025, la concessione del sussidio per l'iscrizione all'anno scolastico 2025/2026.  
A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

### DICHIARA

- ☐ di essere orfano/a del/la Sig./Sig.ra  nato/a a   
il  e deceduto/a a  il ;
- ☐ che il/la deceduto/a era dipendente regionale a decorrere dal ;
- ☐ che il/la deceduto/a era pensionato della Regione Siciliana;
- ☐ che lo scrivente non è in possesso di titolo di studio di grado equivalente a quello che otterrà a conclusione del corso di studi per il quale chiede il sussidio;
- ☐ che, alla data del decesso, il nucleo familiare era così composto:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- ☐ che né il/la sottoscritto/a né i componenti del proprio nucleo familiare ha/hanno già chiesto o ottenuto analogo sussidio (ad eccezione delle borse di studio) dall'amministrazione regionale;
- ☐ che il reddito ISEE del proprio nucleo familiare per l'anno 2024 non è stato superiore ad € 30.000,00;
- ☐ di essere iscritto/a per l'anno scolastico 2025/2026 presso l'Istituto/Convitto/Collegio/Università (facoltà) denominato/a:

sito/a in  via/piazza/corso  numero   
indirizzo mail

- ☐ che il conto corrente (di seguito indicato) su cui il sussidio dovrà essere versato è intestato allo scrivente:

Istituto bancario

CIN internazionale	CIN	ABI	CAB	NUMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si allega:

- copia del documento d'identità;
- copia del codice fiscale;
- attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo

Data

FIRMA PER ESTESO

**Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali**

Ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018, i dati personali forniti saranno raccolti e trattati, anche con l'uso di sistemi informatizzati, per l'emanazione dei conseguenziali provvedimenti.