



A tal fine, consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte con la presente richiesta ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, e che, in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni, si applicano le sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo DPR 445/2000

### Dichiara

- di essere residente o di prestare attività lavorativa nel territorio della Regione da almeno un anno;
- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare per il corrente anno, calcolato sulla base della DSU prot. \_\_\_\_\_, ammonta a Euro \_\_\_\_\_;
- che al momento della presentazione della domanda i soggetti esercenti la potestà genitoriale sul/i minore/i di cui all'elenco nella tabella allegata risultano trovarsi nella seguente condizione lavorativa<sup>2</sup>:

| cognome e nome <sup>2</sup> | condizione lavorativa <sup>2</sup> ( <b>barrare con "X" il caso che si verifica</b> )  |
|-----------------------------|--|
|                             | <input type="checkbox"/> occupato<br><input type="checkbox"/> in stato di disoccupazione di cui all'art. 19 del D.Lgs 150/2015<br><input type="checkbox"/> altro (nessuna delle condizioni sopra indicate) |
|                             | <input type="checkbox"/> occupato<br><input type="checkbox"/> in stato di disoccupazione di cui all'art. 19 del D.Lgs 150/2015<br><input type="checkbox"/> altro (nessuna delle condizioni sopra indicate) |

### dichiara

di essere consapevole che **la domanda dei buoni di servizio** per l'abbattimento delle rette di frequenza dei servizi per la prima infanzia per l'anno educativo 2018-19 finanziate con le risorse del POR FSE 2014-2020 –Programma specifico 23/15 – Azione 9.3.3. - **deve essere debitamente compilata in ogni sua parte a pena di nullità**. Dichiara di essere consapevole che l'omessa compilazione della sottostante dichiarazione relativa all'ammissione o non ammissione al Servizio non è motivo di nullità della domanda

### dichiara

*(solo nel caso di iscrizione a un servizio gestito da un Comune, oppure di iscrizione presso altri servizi a disposizione del Comune per i quali l'accesso è regolato dal Comune medesimo)*

*(barrare con "X" il caso che si verifica)*

- i Minori di cui all'elenco nella tabella allegata **sono ammessi** al servizio educativo indicato
- i Minori di cui all'elenco nella tabella allegata **non sono ancora ammessi** al servizio educativo indicato e il sottoscritto **si impegna a comunicare tempestivamente** per iscritto l'avvenuta ammissione all'ufficio ricevente la presente domanda

### autorizza

L'ente gestore del Servizio Sociale dei Comuni in indirizzo ad erogare il beneficio spettante al gestore del servizio educativo indicato nella tabella allegata al fine di abbattere il costo retta mensile relativo al servizio medesimo.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare l'eventuale ammissione di benefici di cui alla presente domanda, nonché il relativo ammontare, ad altri soggetti che intendessero erogare ulteriori provvidenze per le medesime finalità.

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa il che:

- il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente alla gestione della procedura di contributo per la quale la domanda è stata presentata;
- il trattamento dei dati raccolti verrà effettuato con modalità manuale ed informatizzata;
- il conferimento dei dati di cui alla presente domanda è obbligatorio e il mancato conferimento comporterà la non ammissione della stessa;
- i dati raccolti potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni solo nei casi espressamente previsti dalla legge;
- sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai dati personali che li riguardano, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentando la relativa richiesta al titolare del trattamento;
- il titolare del trattamento dei dati è la Dott.ssa Carlotta Galli

### Allega: • Copia del documento d'identità

- *(Solo per cittadini extracomunitari)* **copia di permesso di soggiorno, carta di soggiorno o ricevuta richiesta di rinnovo/rilascio dei suddetti documenti qualora scaduti**

### • Elenco dei Minori – Dettaglio dei termini dell'Iscrizione

(luogo e data)

(firma)

<sup>2</sup> Da compilare solamente nel caso di richiesta di buoni di servizio per l'abbattimento delle rette di frequenza dei servizi per la prima infanzia finanziati con le risorse del POR FSE.

## Elenco dei Minori - Dettaglio dei termini dell'iscrizione

| MINORE  | DENOMINAZIONE SERVIZIO | PERIODO DA | PERIODO A | TIPO STRUTTURA   | TIPO ORARIO  |
|---|------------------------|------------|-----------|--|--|
| Codice Fiscale:<br>_____<br><br>Cognome e nome:<br>_____<br><br>sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br><br>cittadinanza:<br>_____<br><br>residenza (se diversa da quella del richiedente):<br><br>Comune e Stato di nascita: |                        |            |           | <input type="checkbox"/> Nido d'infanzia<br><input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare<br><input type="checkbox"/> Centro per bambini e genitori<br><input type="checkbox"/> Spazio gioco | <input type="checkbox"/> Tempo pieno <b>(1)</b><br><input type="checkbox"/> Tempo parziale <b>(2)</b><br><input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese |
| Codice Fiscale:<br>_____<br><br>Cognome e nome:<br>_____<br><br>sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br><br>cittadinanza:<br>_____<br><br>residenza (se diversa da quella del richiedente):<br><br>Comune e Stato di nascita: |                        |            |           | <input type="checkbox"/> Nido d'infanzia<br><input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare<br><input type="checkbox"/> Centro per bambini e genitori<br><input type="checkbox"/> Spazio gioco | <input type="checkbox"/> Tempo pieno <b>(1)</b><br><input type="checkbox"/> Tempo parziale <b>(2)</b><br><input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese |
| Codice Fiscale:<br>_____<br><br>Cognome e nome:<br>_____<br><br>sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F<br><br>cittadinanza:<br>_____<br><br>residenza (se diversa da quella del richiedente):<br><br>Comune e Stato di nascita: |                        |            |           | <input type="checkbox"/> Nido d'infanzia<br><input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare<br><input type="checkbox"/> Centro per bambini e genitori<br><input type="checkbox"/> Spazio gioco | <input type="checkbox"/> Tempo pieno <b>(1)</b><br><input type="checkbox"/> Tempo parziale <b>(2)</b><br><input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese |

**(1)** Frequenza per almeno 100 ore al mese e con almeno 10 giorni con frequenza superiore alle 5 ore.

**(2)** Frequenza inferiore ai limiti minimi stabiliti per il tempo pieno, per almeno 30 ore al mese.