***Allegato – Modello di domanda***

**Spett.le Consorzio dei Servizi Sociali A5 Via Belli 4, 83042 Atripalda (AV)**

**Oggetto:** Avviso Pubblico "Buoni Servizio" Accordi territoriali di genere “S.O.L.E.” -

Il/la sottoscritto/a *(Cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in *(Comune di residenza)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ altro recapito \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

esercente la potestà genitoriale sul minore di seguito generalizzato in qualità di:

genitore tutore affidatario

**MANIFESTA INTERESSE**

Ad essere inserito nella graduatoria delle famiglie idonee a beneficiare dei buoni di servizio per la frequenza a questa tipologia di servizio (barrare con una x)

**Servizi per la prima infanzia rivolti ai bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi:**

* + **Spazio bambini e bambine-servizi integrativi al nido**

**Servizi per l’infanzia, rivolti ai bambini di età compresa tra 3 e 12 anni:**

* **Ludoteca, intesa come servizio annesso, centro polifunzionale per minori** (n. ore giornaliere: 4);
* **Ludoteca, intesa come servizio principale , centro polifunzionale per minori (n. ore giornaliere: 4).**

**Presso una delle seguenti strutture accreditate (**Regolamento regionale n. 4/2014, approvato con DGR n. 107 del 23/04/2014) – vedere allegato :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a favore del minore *(Cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in *(compilare se diverso da quello del richiedente)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara di essere:

* Donna in età lavorativa e con figli 0-12 anni occupate;
* Donna in età lavorativa e con figli 0-12 anni in cerca di lavoro;
* Uomo, in caso di famiglie monoparentali con la sola presenza del padre, che si riferisca alle tipologie su indicate.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):

* di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte quanto previsto dall'Avviso Pubblico " Buoni di Servizio" nell’Ambito del Progetto Accordo Territoriale di genere “S.O.L.E.” ;
* presenza di bambini in condizione di disabilità attestato da personale competente;
* presenza di altri figli di età inferiore a 12 anni (anche in affido familiare);
* nucleo familiare con un solo genitore (nubile, celibe/vedova, vedovo) e disoccupato;
* nucleo familiare con un solo genitore (nubile, celibe/vedova, vedovo) e occupato;
* di possedere un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), allegato alla presente istanza, pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il nucleo familiare è composto da:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Disabile** |
| *Dichiarante* |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |
|  |  |  | Sì No |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Luogo ) (Data) (Firma del dichiarante)*

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Allegati:

* Copia attestazione ISEE in corso di validità;
* Fotocopia carta d’identità e codice fiscale del richiedente;
* Fotocopia codice fiscale del minore;
* Eventuale certificazione rilasciata dell’ASL di appartenenza attestante la disabilità.

INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della normativa vigente si porta a conoscenza dei richiedenti i buoni di servizio che:

1. i dati personali dell’interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l’espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi del Consorzio A5 secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni al Consorzio A5 con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti consortili;
4. il richiedente il voucher sociale, ai sensi dell’art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;