

Ai Servizi Sociali
Comune di MASCALUCIA

Oggetto: erogazione buoni di servizio (voucher) a sostegno delle famiglie per servizi di nido/micro nido/spazio gioco – FONDI PAC INFANZIA – anno scolastico 2019/2020 - dall'1/9/2019 al 30/6/2020, per i Comuni del Distretto socio sanitario 19 privi di asilo comunale.

Le presenti dichiarazioni sono rese ai sensi del D.P.R. 445/2000, art. 47 e 47 e segg.

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ Residente a _____

Via _____ n. _____ Tel _____ Cell _____

E mail _____ Cod Fisc. _____

In qualità di: Genitori
 Altro, specificare: _____

Chiede

di accedere all'erogazione di buoni di servizio (voucher) a sostegno delle famiglie - Fondi PAC INFANZIA 2° RIPARTO – per l'acquisto dei servizi per la prima infanzia di:

NIDO MICRO NIDO SPAZIO GIOCO

presso la struttura _____

Iscritta all'albo distrettuale.

Anno scolastico 2019/2020

Per il minore

Nome e Cognome _____

Nato/a _____ il _____

(il minore non deve avere un'età superiore a 36 mesi alla data del 1 settembre 2019)

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, ai sensi del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE, alla data di presentazione della domanda, (da compilare solo se diverso dalla dichiarazione ISEE)

	Cognome e Nome	Parentela (rispetto al bambino)	Età
1			
2			
3			
4			
5			

CONDIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Criteri di valutazione per la stesura della graduatoria

(barrare con una croce la situazione corrispondente alla persona indicata)

DA COMPROVARE CON IDONEA DOCUMENTAZIONE

1	Bambini appartenenti a nuclei familiari in particolare condizione di disagio socio-economico-ambientale, che necessitano di sollecitazioni sotto il profilo psicologico e della socializzazione, come da documentazione dell'equipe socio-sanitaria competente	
2	Bambini di madre nubile lavoratrice o padre celibe lavoratore o vedovo/a lavoratore o comunque proveniente da famiglie dissociate ove per motivi diversi il bambino viva con uno solo dei genitori o sia orfano di ambedue;	
3	Bambini i cui genitori lavorano entrambi	
4	Figli di entrambi i genitori occupati in attività prive di reddito condizione di studente con obbligo di frequenza, tirocinante o volontario con obbligo dell'osservanza di orario di lavoro, militare.	

REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE

1	Reddito ISE desumibile dalla attestazione ISEE	
---	--	--

Dichiara altresì

- di essere cittadino/a italiano/a o di uno stato membro dell'Unione Europea o di una Nazione non facente parte dell'UE in possesso di regolare permesso di soggiorno per soggiornanti da lungo periodo;

- di essere residente nel comune di _____ ricadente nel territorio del Distretto socio sanitario 19;

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19 – COMUNE DI _____

- di essere stato informato e di accettare contestualmente il valore del voucher, calcolato con i criteri di cui al D.M. 15 aprile 2003, come individuato tramite lo schema allegato alla presente, e la conseguente quota di compartecipazione come sotto riportati:

Importo voucher.....

Quota di compartecipazione

IL RICHIEDENTE DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE I VOUCHER POTRANNO ESSERE SPESI SOLO PER SERVIZI FORNITI DA STRUTTURE ISCRITTE ALL'ALBO DISTRETTUALE

data _____

Firma

ATTENZIONE:

allegare

- 1 – I.S.E.E. (in corso di validità rilasciato da organismo abilitato (CAF- INPS etc....).**
- 2 - copia non autenticata di un documento di identità (art. 38, comma 3, D.P.R. n. 445/2000) e della tessera sanitaria.**
- 3 - Documentazione idonea a dimostrare il possesso di requisiti che possano determinare priorità in graduatoria**

Si ricorda che le autocertificazioni sono dichiarazioni rilevanti dal punto di vista penale, ai sensi dell'art.76, del D.P.R. n.445, “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre:

- 1. di essere a conoscenza delle informazioni sui diritti previsti dall'art 7 del D.Lgs. 196/2003 e segg., avente ad oggetto la tutela del trattamento dei dati informativi personali;**
- 2. di prestare il consenso, per le medesime finalità, al trattamento dei dati personali classificabili come “sensibili”, ai sensi dell'art. 20 del succitato D.Lgs. N 196/2003 e segg.**
- 3. Delle prerogative concesse e del contenuto di cui al Regolamento Europeo 679/2016**

Preso atto di quanto sopra, il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento/comunicazione/diffusione dei propri dati personali limitatamente ai fini ivi richiamati.

Firma _____

DISTRETTO SOCIO SANITARIO 19 – COMUNE DI _____