



Allegato A) Modello di domanda buoni servizio

Spett.le Consorzio Sociale
Vallo di Diano – Tanagro – Alburni -
Ambito S10
Via Mezzacapo, n. 251
84036 Sala Consilina (Sa)
E-mail: info@pianosociales10.it

Oggetto: Domanda per l'erogazione di buoni servizio presso strutture accreditate rivolto alle donne con figli di età compresa fra 3-12 anni e 0-36 mesi residenti nell'Ambito S10 a valere sull'Accordo Territoriale di Genere "DIAN@" - POR Campania FSE 2014 -2020 - Asse I Occupazione (OT 8) - Obiettivo Specifico 3 (R.A. 8.2) e Asse II Inclusione Sociale (OT 9) - Obiettivo Specifico 9 (R.A. 9.3) – D.D. n. 67 del 15/04/2016.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
il ___/___/___ C.F. _____ Residente a _____
CAP _____ Indirizzo Via _____
Tel _____ fax _____ e-mail _____

In qualità di

genitore Tutore Affidatario

Di (cognome e nome bambino) _____ nato/a _____
il ___/___/___ C.F. _____ Residente a _____
CAP _____ Indirizzo _____

Disabilità Sì No (se disabile allegare copia della certificazione)

CHIEDE

- di partecipare all'Avviso pubblico per l'individuazione di beneficiarie per l'erogazione di buoni servizio presso strutture accreditate rivolto alle donne con figli di età compresa fra 3-12 anni e 0-36 mesi residenti nell'Ambito S10 a valere sull'Accordo Territoriale di Genere "DIAN@" - POR Campania FSE 2014 -2020 - Asse I Occupazione (OT 8) - Obiettivo Specifico 3 (R.A. 8.2) e Asse II Inclusione Sociale (OT 9) - Obiettivo Specifico 9 (R.A. 9.3) – Decreto Dirigenziale n. 67 del 15/04/2016 - *cod. prog.16043AP000000041 cod. ufficio 65 CUP B32G18000050009*, per il periodo luglio 2018 – novembre 2019, approvato con determina del direttore del Consorzio Sociale Ambito S10 dirigenziale n. 05 del 30/05/2018.

- di poter beneficiare dei buoni servizio per l'acquisto di posti presso la seguente struttura:

Tipologia di servizio	Fascia di età	Comune sede

(scegliere una delle strutture accreditate elencate all'art. 4 dell'Avviso)

A tal fine dichiara:

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (*barrare la/e casella/e di interesse*):

Di avere un valore ISEE ordinario del nucleo familiare in corso di validità pari ad € _____ con scadenza il 15.01.2019 (*Il Consorzio provvederà a verificare l'esattezza dell'importo dichiarato*)

Che il nucleo familiare è costituito da n. _____ componenti come di seguito specificato:

1	Grado di parentela	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita

	Stato civile	Disabile	Affidato	Condizione lavorativa	Tipologia lavoro

	Grado di parentela	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita
2	Stato civile	Disabile	Affidato	Condizione lavorativa	Tipologia lavoro

	Grado di parentela	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita
3	Stato civile	Disabile	Affidato	Condizione lavorativa	Tipologia lavoro

	Grado di parentela	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita
4	Stato civile	Disabile	Affidato	Condizione lavorativa	Tipologia lavoro

	Grado di parentela	Cognome	Nome	Codice fiscale	Data di nascita
5	Stato civile	Disabile	Affidato	Condizione lavorativa	Tipologia lavoro

(ripetere per eventuali altri componenti il nucleo familiare)

- Di essere in condizione di famiglia monoparentale;
- di aver preso visione e di accettare i contenuti dell'Avviso Pubblico per l'individuazione di beneficiarie per l'erogazione di buoni servizio presso strutture accreditate rivolto alle donne con figli di età compresa fra 3-12 anni e 0-36 mesi residenti nell'Ambito S10 a valere sull'Accordo Territoriale di Genere "DIAN@" - POR Campania FSE 2014 -2020 - Asse I Occupazione (OT 8) - Obiettivo Specifico 3 (R.A. 8.2) e Asse II Inclusionione Sociale (OT 9) - Obiettivo Specifico 9 (R.A. 9.3) – Decreto Dirigenziale n. 67 del 15/04/2016;
- di impegnarsi a sottoscrivere, sulla base dell'importo del buono servizio assegnato, la proposta di accettazione per l'erogazione dei voucher con il soggetto Capofila dell'ATS e l'Ente prestatore del servizio prescelto in caso di ammissione alla graduatoria.

Allega:

- copia del codice fiscale e documento di identità del richiedente n. _____ scadenza _____
- copia del codice fiscale e documento di identità del minore n. _____ scadenza _____
- copia di certificazione attestante la disabilità rilasciato da ente pubblico (eventuale).

Luogo e data _____ (firma leggibile) _____

Il/La sottoscritto/a, in merito al trattamento dei dati personali esprime il consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità delle disposizioni dettate dal Reg. UE 2016/679.

Luogo e data _____ (firma leggibile) _____