##

INSERIRE LOGO PROPRIO COMUNE

**Domanda di ammissione al “Progetto conciliazione” promosso dalla Regione Emilia-Romagna giugno/settembre 2022**

Io sottoscritto/a COGNOME \_\_ NOME nato il / / a residente a Via N. Codice Fiscale Telefono fisso Cellulare madre

Cellulare padre e-mail

N. assegnato

 /

## In qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale del bambino/a:

|  |
| --- |
| COGNOME NOME nato il / / a Codice Fiscale *indicare solo se diversa dal genitore*residente a Via N. iscritto alla classe Sezione per l’a.s. 2021/2022 presso la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Con certificazione L.104/1992 (barrare se presente **allegare certificazione**)
 |
|  |

**CHIEDO L’AMMISSIONE**

**al “Progetto conciliazione” promosso dalla Regione Emilia-Romagna e a tal fine DICHIARO**

**di aver presentato richiesta di iscrizione al servizio/centro estivo**

Il contributo è riferito **al *solo costo di frequenza***: sono esclusi eventuali costi per gite, uscite, piscina, ecc. e per le spese di assicurazione

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servizio** | Periodo | Costo settimanale |
|  **Servizio Estivo****……………………………………………..**con sede nel Comune di **……………………………………...………** | * dal al
* dal al
* dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* dal al
 | € ………………………€ ………………………€ ………………………€ ……………………… |
|  **Centro Estivo/Campo giochi****……………………………………………..**con sede nel Comune di**……………………………………...………** | * dal al
* dal al
* dal al
* dal al
 | € ………………………€ ………………………€ ………………………€ ……………………… |
|  **Centro Estivo/Campo giochi****……………………………………………..**con sede nel Comune di**……………………………………...………** | * dal al
* dal al
* dal al
* dal al
 | € ………………………€ ………………………€ ………………………€ ……………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Centro Estivo/Campo giochi****……………………………………………..**con sede nel Comune di**……………………………………...………** | * dal al
* dal al
* dal al
* dal al
 | € ………………………€ ………………………€ ………………………€ ……………………… |

**INFINE ALLEGO ORIGINALE RICEVUTA DI PAGAMENTO AL CENTRO ESTIVO o ATTESTAZIONE DI AVVENUTO BONIFICO** **E DICHIARO** sotto la mia personale responsabilità, con riferimento specifico al servizio richiesto, ai sensi dell’art.47 del DPR n.445/2000, consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), quanto segue:

* LA SEGUENTE SITUAZIONE ECONOMICA determinata ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 e allego copia

dell’attestazione ISEE 2021 o, in mancanza di questa, dell’ISEE 2020 o dell’ISEE corrente. (non necessario se presente certificazione L.104/1992)

|  |  |
| --- | --- |
| Valore ISEE in Euro | DSU richiesta in dataI | |/| | |/| | | | I |

## Il/la figlio/a vive con un solo genitore (nucleo mono genitoriale)  SI  NO

* La seguente situazione lavorativa:

|  |
| --- |
| PADRE (o chi esercita la potestà genitoriale) |
| * Lavoratore dipendente
* Lavoratore autonomo o associato
 | * Lavoratore parasubordinato
 |
| presso la ditta via N. Comune Telefono ditta e-mail ditta  |
| * In cassa integrazione o in mobilità

❑ Non occupato in quanto impegnato in modo continuativo in compiti di cura con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità **grave o non autosufficienza** **come definiti ai fini ISEE** | * Fruitore di altri ammortizzatori sociali e nello specifico:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Disoccupato che partecipa alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio firmato il

……….. presso il Centro per l’impiego di ………………… |
| MADRE (o chi esercita la potestà genitoriale) |
| * Lavoratrice dipendente
* Lavoratrice autonoma o associata
 | * Lavoratrice parasubordinata
 |
| presso la ditta via N. Comune Telefono ditta e-mail ditta  |
| * In cassa integrazione o in mobilità

❑ Non occupato in quanto impegnato in modo continuativo in compiti di cura con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità **grave o non autosufficienza** **come definiti ai fini ISEE** | * Fruitore di altri ammortizzatori sociali e nello specifico:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* Disoccupata che partecipa alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio firmato il

……….. presso il Centro per l’impiego di ………………… |

**AUTORIZZO all’accredito del contributo sul seguente Conto corrente:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| IBAN |
| Banca: |

**Il/La richiedente dichiara** di essere a conoscenza che in caso di attribuzione del presente contributo, possono essere eseguiti controlli su quanto dichiarato, diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite. **Informativa – consenso Tutela della privacy**: dichiara inoltre di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 pubblicato integralmente sul sito del Comune di **XXXXXXXXXXXXXXX** e di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi della legge in parola e nelle modalità ivi contemplate, potendo esercitare i diritti previsti dalla legge (Diritti dell’interessato). I dati forniti saranno utilizzati unicamente per consentire l’erogazione del servizio richiesto, non dovranno essere comunicati ad altro titolare e non dovranno essere soggetti a diffusione senza espresso consenso.

Per accettazione di tutte le condizioni sopra indicate

# Data firma