

Allegato 1  
**FAC-SIMILE DI DOMANDA**

**“DOMANDA DI BUONI SERVIZIO PER IL SOSTEGNO DI FAMIGLIE  
NUMEROSE E/O IN DIFFICOLTÀ CON BAMBINI 0-36 MESI ISCRITTI PRESSO UNITA' DI OFFERTA PUBBLICHE O  
PRIVATE CONVENZIONATE PER SERVIZI EDUCATIVI ED INTEGRATIVI PER LA PRIMA INFANZIA –  
DISTRETTO DI SAN MARCO ARGENTANO”**

Al Servizio Sociale  
Comune di \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via/piazza  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ CAP

\_\_\_\_\_ prov. Di Cosenza, telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

in qualità di (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_ del minore

\_\_\_\_\_ nell'ambito del nucleo familiare composto da \_\_\_\_\_ persone,

**CHIEDE**

L'assegnazione del buono servizio per famiglie numerose e/o in difficoltà con bambini 0-36 mesi iscritti presso servizi educativi ed integrativi pubblici o privati convenzionati, in riferimento all'avviso pubblicato in data 02/11/2015.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

1. Che le persone inserite nel proprio stato di famiglia sono quelle indicate nella tabella riportata di seguito:

Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale

di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di una Nazione non facente parte dell'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno almeno da tre anni;

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ da almeno un anno;

di essere un nucleo familiare in stato di grave bisogno socio economico segnalato e comprovato dal Servizio Sociale del Comune di residenza o da altri servizi territoriali dell'ASP;

- di essere un nucleo familiare che presenta condizioni di povertà con reddito zero o sotto soglia rispetto al minimo vitale, non seguito dai servizi sociali;
- di essere un nucleo familiare mono-genitoriale;
- di avere un figlio/ a iscritto al nido con un reddito ISEE inferiore alla quota di esenzione prevista dal Regolamento del Distretto Socio Assistenziale N°2;
- di essere un nucleo familiare con bambino/a con disabilità certificata (L.104/92);
- di essere genitori entrambi lavoratori a tempo pieno (la condizione lavorativa di entrambi i genitori deve essere opportunamente documentata);
- di essere un nucleo familiare con un adulto disabile e/o non autosufficiente.
- di avere un figlio/ a iscritto al nido;
- di essere iscritti entrambi i genitori nelle liste di disoccupati;
- di essere un lavoratore emigrato all'estero o in altre Regioni;
- Che il reddito ISEE della famiglia del richiedente per l'anno 2014 è pari a Euro \_\_\_\_\_, come da modello ISEE allegato;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente:

- Eventuali variazioni delle condizioni economiche familiari che comportino il superamento del limite ISEE di € 40.000,00;
- Cambio di residenza presso un altro comune;
- Eventuali altre condizioni che determinano la perdita del diritto alla concessione del buono servizio;
- Di aver preso visione e di accettare il Bando e il Regolamento del Distretto Socio Assistenziale n.2 per l'**erogazione di Buoni servizio (Voucher) a sostegno delle famiglie – FONDI PAC INFANZIA I° RIPARTO.**

**Allegati:**

1. Copia della certificazione ISEE aggiornata all'ultima dichiarazione fiscale;
2. Copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità;
3. Eventuali documenti attestanti il possesso dei requisiti richiesti.

Di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 445/2000 e ss. mm. ii. art.71, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti, fatte salve le conseguenze penali di legge per dichiarazioni mendaci.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

In fede  
(Firma del richiedente)

\_\_\_\_\_

---

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"*

La informiamo che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003, pertanto Le forniamo le informazioni riportate di seguito.

1. I dati da Lei forniti verranno utilizzati per quanto connesso al servizio di sostegno alle famiglie numerose. Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, sia mediante supporti cartacei, sia con l'ausilio di mezzi informatici.
2. Il titolare del trattamento è il Comune di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

**SCHEDA PRESENTAZIONE PROGETTO BUONI SERVIZIO UTENZA SERVIZI EDUCATIVI ED INTEGRATIVI**

Da compilare a cura del Servizio Sociale comunale

SERVIZIO SOCIALE COMUNE DI \_\_\_\_\_

Operatore di riferimento \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME DEL BENEFICIARIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BREVE DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE

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

TEMPI DI ATTUAZIONE

Mensilità previste di durata dell'intervento \_\_\_\_\_

Data inizio e fine intervento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario per condivisione

Firma dell'operatore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_