



Conciliazione Vita-Lavoro



CITTÀ DI SANNAZZARO DE' BURGONDI

ENTE CAPOFILIA AMBITO DISTRETTUALE DI GARLASCO

All'Ufficio di Piano
dell'Ambito Distrettuale di Garlasco
Via Cavour, 18
27039 Sannazzaro de' Burgondi

OGGETTO: Domanda voucher per la fruizione del servizio di post scuola primaria organizzato nei giorni di rientro pomeridiano. Periodo anno scolastico 2017/2018 (Azione 1 del Progetto "Tempi e spazi per tutti: continuiamo la conciliazione" D.G.R. n. X/5969 del 12.12.2016 e Decreto Regionale n. 13378 del 16.12.2016)
Termine presentazione della domanda 30.06.2018

Il/ la sottoscritto/a (cognome) (nome)

Nato/a a : prov. di il

CF Residente in Via/piazza N°

Comune di CAP Prov. di

Tel. / Tel. /

CHIEDE

L'assegnazione del voucher in oggetto e, a tal fine,

DICHIARA

che il voucher viene richiesto per la copertura dei costi relativi alla frequenza del **servizio di post scuola primaria nei giorni di rientro pomeridiano** del/i figlio/i
.....presso.....

..... nel periodo

e che il/i figlio/i ha/hanno frequentato il servizio suddetto nel periodo
..... come da ricevute di pagamento allegate.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell' articolo 76 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n° 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere a conoscenza che l'ammontare massimo del contributo è quantificato in € 100,00 per ciascun figlio;

che il nucleo familiare di convivenza risulta così composto:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela/altro

--	--	--

- che nel proprio nucleo familiare è presente un minore disabile, come da certificazione di invalidità allegata;
- che nel proprio nucleo familiare è presente un familiare disabile, come da certificazione di invalidità allegata;
- che entrambi i genitori lavorano, come da dichiarazioni allegate;
- che un solo genitore lavora, come da dichiarazione allegata;

Dichiara, infine, che quanto sopra riportato è vero ed accertabile, ai sensi dell'art. 43 del citato D.P.R. 445/2000, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti.

Il sottoscritto chiede il rimborso dell'importo spettante mediante:

accredito su c/c bancario/postale intestato a: _____

La somma in questione potrà essere accreditata mediante bonifico su c/c bancario/postale presso la Banca/Posta.....

IBAN.....

N° c/c (indicare il conto con 12 caratteri) _____

Banca/Posta _____

Filiale _____

Cod. ABI _____

Cod. CAB _____

Cod. CIN _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo n. 196/03, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci e che questo Ente intende trattare in modo anonimo, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati richiesti è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza
- il trattamento può essere effettuato con mezzi automatizzati e non
- le informazioni richieste con la presente modulistica sono necessarie all'evasione della pratica
- nella sua qualità di interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/03.

Data

In fede
IL RICHIEDENTE

Allega:

- copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità
- copia delle ricevute di pagamento del servizio per il quale si richiede il sostegno in cui sia chiaramente indicato il periodo di frequenza
- dichiarazione del datore di lavoro dei genitori con indicazione del luogo di lavoro
- autocertificazione dei genitori lavoratori autonomi con indicazione del luogo di lavoro
- certificato d'invalidità del minore disabile
- certificato d'invalidità del familiare disabile
- fotocopia codice IBAN sul quale si richiede l'accredito