



COMUNE DI VIGARANO MAINARDA

Domanda di assegnazione di contributo per la copertura del costo di frequenza di Centri estivi – Progetto Conciliazione Vita – Lavoro 2021

SCADENZA: MERCOLEDI' 30 GIUGNO 2021

Il/La richiedente (nome e cognome del genitore) _____
nato/a (dati del genitore) a _____ il _____
residente a _____ via _____ n° _____
tel. n. _____ cell. _____ e-mail _____
codice fiscale del genitore _____
genitore del bambino/a (nome/cognome) _____
nato/a (dati del bambino/a) a _____ il _____
_____ codice fiscale del bambino/a
_____ residente a
_____ via _____ n° _____

chiede

barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa

l'assegnazione del contributo per la copertura del costo di iscrizione del centro estivo per l'estate 2021 per:

- n. 1 settimana
 n. 2 settimane
 n. 3 settimane

Eventuali altre settimane richieste, oltre alle prime 3 settimane:

- n. 4 settimane
 n. 5 settimane

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

dichiara che

intende iscrivere mio/a figlio/a al seguente centro estivo: _____
che aderisce al "Progetto di conciliazione vita-lavoro 2021"

oppure:

intende iscrivere mio/a figlio/a al seguente centro estivo di un altro Comune/Distretto della Regione Emilia-Romagna che ha aderito al sopra citato "Progetto di conciliazione vita-lavoro 2021" (indicare obbligatoriamente il centro estivo prescelto): _____

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Nel nucleo familiare (*)

sono presenti entrambi i genitori

nucleo monogenitoriale

famiglia affidataria

*Per nucleo familiare si intende quello che risulta dallo stato di famiglia

CONDIZIONE LAVORATIVA DEI GENITORI

Sig./Sig.ra (indicare nome, cognome e codice fiscale) _____

è in condizione lavorativa

no si

in caso positivo, barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa e compilare la relativa sezione in ogni sua parte. La mancata compilazione comporterà l'esclusione della domanda

lavoratore autonomo/libero professionista/parasubordinato

(indicare il tipo di professione/attività) _____

partita IVA _____

iscritto alla Camera di Commercio di _____ n. _____

Ditta/società/ditta individuale _____

con sede di lavoro a _____ in via _____ n. _____

telefono lavoro _____

dipendente

(indicare il tipo di professione) _____

ditta/ente/ da cui dipende _____

con sede di lavoro a _____ in via _____ n. _____

telefono lavoro _____

in cassa integrazione

in mobilità

disoccupato e partecipante alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio

non occupato in quanto impegnato in modo continuativo in compiti di cura, valutati con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità grave o non autosufficienza, come definiti ai fini ISEE

Sig./Sig.ra (indicare nome, cognome e codice fiscale) _____

è in condizione lavorativa

no si

in caso positivo, barrare con una crocetta tra le parentesi la voce che interessa e compilare la relativa sezione in ogni sua parte. La mancata compilazione comporterà l'esclusione della domanda

lavoratore autonomo/associato/parasubordinato

(indicare il tipo di professione/attività) _____

partita IVA _____

iscritto alla Camera di Commercio di _____ n. _____
Ditta/società/ditta individuale _____
con sede di lavoro a _____ in via _____ n. _____
telefono lavoro _____

[] **dipendente**

(indicare il tipo di professione) _____
ditta/ente/ da cui dipende _____
con sede di lavoro a _____ in via _____ n. _____
telefono lavoro _____

[] **in cassa integrazione**

[] **in mobilità**

[] **disoccupato e partecipante alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio**

[] **non occupato in quanto impegnato in modo continuativo in compiti di cura, valutati con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità grave o non autosufficienza, come definiti ai fini ISEE**

DATI RELATIVI ALL'ISEE

Importante:

indicare **obbligatoriamente** i dati relativi all'ISEE nel riquadro sotto riportato

Io sottoscritto, ai fini dell'assegnazione del presente contributo:

[] **dichiaro** che il valore ISEE 2021 per le prestazioni rivolte ai minorenni del proprio nucleo familiare è il seguente:

Valore ISEE euro _____ Numero Protocollo INPS-ISEE _____

[] **dichiaro** che il valore ISEE 2020 per le prestazioni rivolte ai minorenni del proprio nucleo familiare è il seguente:

Valore ISEE euro _____ Numero Protocollo INPS-ISEE _____

DATI RELATIVI ACCREDITO

Io sottoscritto ai fini dell'assegnazione del presente contributo, chiedo che sia corrisposto:

i Mediante accredito c/c

IBAN _____

BANCA DI RIFERIMENTO _____

INTESTATARIO CONTO CORRENTE _____

Dichiara, infine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di essere informato che:

- la graduatoria verrà stilata sulla base del valore ISEE, in modo crescente, con priorità, in caso di valore ISEE uguali, alla famiglia con il minore di età inferiore
- Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Comune di Vigarano Mainarda delle funzioni derivanti da compiti attribuiti da leggi e regolamenti. L'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 è disponibile su sito internet istituzionale del Comune di Vigarano Mainarda, nella sezione Privacy.

Io sottoscritto/a dichiaro inoltre che qualsiasi comunicazione relativa alla presente richiesta potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

- Indirizzo **e-mail** _____
- recapito diverso da quello di residenza _____

Elenco allegati (da allegare obbligatoriamente *):**

- i Allegato 1 – Dichiarazione altri contributi ***
- i documento d'identità in corso di validità ***
- i Altro _____

Luogo _____

Firma _____