****



****

**All’Ufficio di Piano**

**Ambito Distrettuale Sociale n. 09 Val di Foro**

**c/o Comune di Francavilla al Mare**

**Corso Roma, 7**

**66023 Francavilla al Mare(CH)**

**PROGETTO “UNIKA” - CUP C22G18000120006**

INTERVENTO n.26 "CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO"

POR 2014-2020 PO 2017-2019 ASSE I

**RICHIESTA VOUCHER A RIMBORSO**

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel./ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si precisa che l’intestatario dell’IBAN deve essere lo stesso Intestatario del Voucher)

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 DPR n. 445/2000, l’Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione resa, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

**DICHIARA**

che permangono i seguenti requisiti:

 essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ appartenente all’Ambito Distrettuale Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 essere lavoratrice dipendenti o autonome, anche con contratto di lavoro “atipico” e/o a tempo determinato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare tipologia di contratto e riferimenti del datore di lavoro);

 inoccupata/disoccupata che ha in corso la seguente attività di formazione / tirocinio /borsa lavoro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare tipologia attività e riferimenti dell’ente formatore);

 avere un nucleo familiare, la cui composizione e situazione è indicata nella tabella che segue:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo** | **Data nascita** | **Grado parentele** | **Invalidità %** | **Autosufficiente (Si o No)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 avere n° \_\_\_\_\_ figli minori a carico: (indicare età di ognuno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

 avere n° \_\_\_\_ figli minori a carico di età \_\_ con percentuale di invalidità pari al \_\_\_\_\_ %;

 che l’anziano e/o disabile, non autosufficiente, per il quale vorrebbe usufruire del servizio, non gode già di voucher per servizi analoghi a quello di cui al presente avviso;

Stato civile:  coniugata -  nubile / separata

Status occupazionale del coniuge:  occupato -  non occupato

**Prestazione richiesta:**

*  doposcuola e supporto allo studio;
*  centri ricreativi e sportivi aperti nei periodi di chiusura delle scuole;
*  soggiorni estivi e vacanze studio;
*  sostegno per le rette di nidi o scuole dell’infanzia;
*  baby sitter;
*  sostegno ai servizi di assistenza domiciliare (esclusi servizi infermieristici e di assistenza sanitaria);
*  centri diurni e servizi residenziali;
*  servizi di care giver; servizi di trasporto e/o accompagnamento
*  asili nido, scuole materne, altri servizi innovativi e ricreativi o sperimentali per la prima infanzia.
*  Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fornitori scelti:**

Ragione sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ragione sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ragione sociale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Servizio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**La sottoscritta, infine, dichiara quanto segue:**

*  di impegnarsi a comunicare alla Capofila Comune di Francavilla, ECAD n.9 tel.0854920236 angela.farinaccia@comune.francavilla.ch.it entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuta a conoscenza, ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
*  di essere a conoscenza che la documentazione presentata a corredo dell’istanza verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria;
* di impegnarsi ad inviare trimestralmente la documentazione in originale comprovante la spesa sostenuta per i servizi goduti a valere sul presente Voucher a rimborso

 di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente.

Si allega:

* Copia documento di identità in corso di validità
* Documenti, in originale, probatori della spesa effettuata per la quale si richiede il voucher di rimborso

**Luogo e data Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**