**ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

 DEL COMUNE DI PALAZZOLO S/O

 protocollo@cert.comune.palazzolosulloglio.bs.it

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER A PARZIALE COPERATURA DEGLI ONERI SOSTENUTI PER LA FRUIZIONE DI SERVIZI DI CURA E SOCIO-EDUCATIVI ASSISTENZIALI DESTINATI A MINORI DAI 3 FINO AI 14 ANNI E PER SERVIZI DI CURA PER ANZIANI E DISABILI.**

**RICHIEDENTE**

Il/La sottoscritta….. ……………………………………………………………………………………...

Nato/a a……………………………………………..Prov……………………..il…………………………

Residente in………………………………………….Via…………………………………………..N°…...

Codice Fiscale…………………………………………………………………………………………….

Recapito telefonico………………………………………………………………………………………

Indirizzo mail……………………………………………………………………………………………..

Dipendente dell’Impresa……………………………………………..con sede a………………………...

**EVENTUALE ALTRO GENITORE LAVORATORE** (indicare nome e cognome del genitore **solo**

se lavoratore)

Cognome e Nome ……………………………………………………………………………………...

Nato a……………………………………………..Prov……………………..il…………………………

Codice Fiscale…………………………………………………………………………………………….

Dipendente dell’Impresa……………………………………………..con sede a………………………...

 **CHIEDE**

**(barrare la voce che interessa)**

Di beneficiare dell’erogazione di voucher a parziale copertura degli oneri per:

* rette per servizi socio educativi assistenziali per minori di età dai 3 fino a 14 anni (servizi preposti nell’ambito delle attività estive, servizi preposti nell’ambito delle attività pre e post scuola, centri ricreativi diurni aggregativi ed educativi, attività sportive, musicali e culturali); **Non potranno beneficiare del presente contributo le famiglie che avranno avuto accesso alla misura regionale “Dote Sport” o che avranno goduto di eventuali altri benefici, anche di carattere nazionale, aventi le medesime finalità.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nominativo*** | ***Servizio fruito - Sede*** | ***Spesa mensile da sostenere*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

* spese sostenute per la cura di familiari anziani in condizione di non autosufficienza e disabili gravi (servizi di assistenza familiare per anziani e disabili, ad esclusione di ADI e SAD). **Si precisa che non potranno beneficiare del presente contributo le famiglie che avranno avuto accesso a benefici di carattere regionale o nazionale, aventi le medesime finalità.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nominativo*** | ***Servizio fruito - Sede*** | ***Spesa mensile da sostenere*** |
|  |  |  |
|  |  |  |

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

di essere informato delle condizioni per l'erogazione del voucher previste dal bando e di impegnarsi al rispetto degli adempimenti necessari e conseguenti;

1. il valore ISEE, in corso di validità, del nucleo familiare pari a Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. che le persone inserite nel proprio stato di famiglia e che il reddito lordo percepito sono indicati nell’autodichiarazione per il rilascio dell’attestazione ISEE, di cui allego copia;

* di non avere usufruito per i medesimi servizi /attività di eventuali altri benefici, anche di carattere nazionale, aventi le medesime finalità;

di avere beneficiato di contributi regionale/nazionale…………………...per il periodo……………………………..per un importo pari a €………………………………..;

 3. ai fini dell’accreditamento dei benefici economici gli estremi bancari :

 conto corrente n°…………………………………………………………………

 intestato a…………………………………………………………………………

 Presso la banca……………………………Agenzia di …………………………

 codice IBAN………………………………………….…………………………………..

**Alla domanda si allegano:**

- Idonea documentazione attestante l’avvenuto pagamento degli oneri ammessi a finanziamento. Qualora, al momento di consegna della domanda, mancassero delle pezze giustificative, poiché non ancora nella disponibilità del richiedente, lo stesso si impegna a produrle entro 5 gg dalla richiesta dell’Ufficio di Piano, pena la non ammissibilità della spesa non documentata;

- ISEE in corso di validità ai sensi del DPCM 159/2013;

- Copia del Codice Fiscale e del documento di identità;

. Copia cartacea del codice Iban.

**Trattamento dei dati personali**:

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di Palazzolo Sull'Oglio saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.
Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.
Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Palazzolo Sull'Oglio.
L’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento679/2016/UE.
L’informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell’ente all'indirizzo www.comune.palazzolosulloglio.bs.it/informativa-privacy.

## PARTE RISERVATA AL DATORE DI LAVORO

Il sottoscritto……………………………………………………………………………………………………

in qualità di (titolare, legale rappresentante, procuratore, institore, altro)

della ditta …………………………………………………………………………………………………………

con sede a……………………………………………...........................................................................................

**DICHIARA CHE**

1. Il sig…………………………………………………………è dipendente dal………………………con la qualifica di…………………………………………...e che svolge la propria attività presso la sede operativa ubicata nel Comune di………………………………………..
2. Il sig………………………………………………………… fruisce dei permessi retribuiti legge 104/90 e s.m.i. (compilare solo se ricorre il caso di richiesta voucher per le prestazioni di cura)

 *Luogo e data In fede*

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

##

## PARTE RISERVATA AL COMUNE CAPOFILA

**PUNTEGGIO TOTALE PER GRADUATORIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

##

Presenza di un solo genitore +4 punti

Presenza di entrambi i genitori lavoratori +4 punti

Presenza di uno o più componenti in possesso

di certificazione di handicap ai sensi della legge 104/92 + 4 punti per componente

Numero di minori presenti nel nucleo + 1 punto per ogni

**PUNTEGGIO TOTALE PER GRADUATORIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_**