 Allegato B) alla determinazione della Struttura 4 n. 70 del 05.07.2018 Reg. generale n. 264



# 

**Città di Sannazzaro de’ Burgondi**

**HUB TERRITORIALE**

**AMBITO DISTrETTUALE DELLA LOMELLINA**

# A

# Allo Sportello dell’ Hub Territoriale

# dell’Ambito Distrettuale della Lomellina

Comune di Sannazzaro de’ Burgondi

Via Cavour, 18

27039 Sannazzaro de’ Burgondi

**OGGETTO: Domanda di erogazione servizi di assistenza e trasporto di emergenza rivolto a persone fragili (anziani e disabili) e servizio di custodia di emergenza di figli minori – periodo giugno 2018 – dicembre 2018 (Azione 2 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)**

# 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’erogazione del seguente servizio:

🞎 servizio di assistenza di emergenza per anziani e disabili appartenenti a famiglie di lavoratori con esigenze di conciliazione tra impegni lavorativi e carichi di assistenza

a favore di …………………………………………………………………………………………………

che dovrà essere svolto presso il domicilio e più precisamente presso il Comune di ………………………………………………………… in Via ……………………………………………………………… nella/e data/e che verranno successivamente comunicata/e all’Hub Territoriale avente sede presso il Comune di Sannazzaro de’ Burgondi facente parte dell’Ambito Distrettuale della Lomellina, con le modalità e secondo le indicazioni contenute nelle Linee Guida;

🞎 servizio di trasporto di emergenza per anziani e disabili appartenenti a famiglie di lavoratori con esigenze di conciliazione tra impegni lavorativi e carichi di assistenza;

a favore di …………………………………………………………………………………………………

che dovrà essere svolto dal domicilio e più precisamente dal Comune di ………………………………………………………… Via ……………………………………………………………… verso la struttura ………………………………………………………………………………………………………………… che comunque verrà successivamente comunicata all’Hub Territoriale avente sede presso il Comune di Sannazzaro de’ Burgondi facente parte dell’Ambito Distrettuale della Lomellina, con le modalità e secondo le indicazioni contenute nelle Linee Guida;

🞎 servizio di custodia di emergenza di figli minori appartenenti a famiglie di lavoratori con esigenze di conciliazione tra impegni lavorativi e carichi di assistenza

a favore di …………………………………………………………………………………………………

che dovrà essere svolto presso il domicilio e più precisamente presso il Comune di ………………………………………………………… in Via ………………………………………………………………

nella/e data/e che verranno successivamente comunicata/e all’Hub Territoriale avente sede presso il Comune di Sannazzaro de’ Burgondi facente parte dell’Ambito Distrettuale della Lomellina, con le modalità e secondo le indicazioni contenute nelle Linee Guida;

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 del costo del servizio, riconosciuto ad ogni richiedente, è quantificato in complessivi massimi € 450,00

🞎 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 uno o più figli minori;

🞎 che nel proprio nucleo familiare è presente un familiare disabile, come da certificazione di invalidità allegata;

🞎 che nel proprio nucleo familiare è presente un familiare anziano;

🞎 di essere deputato all’assistenza di anziani e/o disabili che non vivono nel proprio nucleo familiare (in caso di disabile allegare certificazione di invalidità);

🞎 che i familiari deputati all’assistenza svolgono attività lavorativa, come da dichiarazione dei datori di lavoro o autocertificazione per i lavoratori autonomi allegate;

🞎 il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che per il costo del servizio richiesto sarà direttamente riconosciuto dallo Sportello dell’Hub Territoriale avente sede presso il Comune di Sannazzaro de’ Burgondi direttamente alla ditta affidataria ad avvenuta verifica dell’effettivo svolgimento dello stesso.

**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.**

**Trattamento dei dati**

Le informazioni raccolte saranno trattate in conformità alla normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e d.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.)

Data

In fede

IL RICHIEDENTE

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

Allega:

* copia del documento di identità in corso di validità del richiedente
* certificato di invalidità qualora il servizio viene richiesto per un disabile;
* dichiarazione del datore di lavoro o autocertificazione per i lavoratori autonomi, dei familiari a cui è demandata l’assistenza che svolgono attività lavorativa, con indicazione del luogo di lavoro

*Iniziativa finanziata da Regione Lombardia a supporto degli interventi di conciliazione famiglia-lavoro*