Allegato B) alla determinazione della Struttura 4 n. 64 del 28/06/2018 Reg. generale n. 250

#

**Città di Sannazzaro de’ Burgondi**

**HUB TERRITORIALE**

**AMBITO DISTRETTUALE DELLA LOMELLINA**

# Allo Sportello dell’Hub Territoriale

# dell’Ambito Distrettuale della Lomellina

 Comune di Sannazzaro de’ Burgondi

 Via Cavour, 18

 27039 Sannazzaro de’ Burgondi

**OGGETTO: Domanda voucher alle famiglie per la fruizione di centri ricreativi estivi diurni per bambini dai 3 agli 11 anni durante le vacanze estive anno 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 06.10.2018

# 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/i figlio/i ……………………………………………………………………………………….. al centro ricreativo estivo diurno, conformemente in esercizio ai sensi della normativa regionale (Dgr. 8/11496 del 17.03.2010), svoltosi presso …………………………………………………………………………………………………………………… nel periodo ………………………………………………………… e che il/i figlio/i ha/hanno frequentato il centro 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 accredita 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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
* **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 o autocertificazione per i lavoratori autonomi, dei genitori che lavorano, con l’indicazione del luogo di lavoro**
* certificato di invalidità del minore disabile
* certificato di invalidità del familiare disabile
* fotocopia codice IBAN sul quale si richiede l’accredito

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