



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Pari Opportunità

CITTÀ DI SANNAZZARO DE' BURGONDI
ENTE CAPOFILA AMBITO DISTRETTUALE DI GARLASCO

All'Ufficio di Piano
dell'Ambito Distrettuale di Garlasco
Via Cavour, 18
27039 Sannazzaro de' Burgondi

OGGETTO: Domanda voucher alle famiglie per la fruizione del servizio di post scuola primaria organizzato nei giorni di rientro pomeridiano. Periodo settembre – dicembre 2016 (Azione 2 del Progetto "Tempi e spazi per tutti: sperimentiamo la conciliazione" D.G.R. n. 4953/2016 e Decreti Regionali n. 3546/2016 e n. 5525/2016)

Termine presentazione della domanda 09.01.2017

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 **servizio di post scuola primaria nei giorni di rientro pomeridiano** del/i figlio/i presso.....

..... nel periodo e che il/i figlio/i ha/hanno frequentato il servizio 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;
- di essere a conoscenza che è prevista una franchigia di € 20,00 a carico della famiglia;
- 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 accreditata 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 _____

- mediante assegno circolare – intestato a:** _____

da inviare al seguente indirizzo:

Via/Piazza _____

Cap. _____ Comune: _____

Prov. _____

- in contanti** – con ritiro allo sportello c/o il Tesoriere com.le del Comune "UnicreditBanca spa" – Via Mazzini, 44 – 27039 Sannazzaro de' Burgondi (PV)

Informativa ai sensi dell'art. 13 d.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo n. 196/03, in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci e che questo Ente intende trattare in modo anonimo, La informiamo di quanto segue:

- il trattamento dei dati richiesti è diretto esclusivamente all'istruttoria dell'istanza
- il trattamento può essere effettuato con mezzi automatizzati e non
- le informazioni richieste con la presente modulistica sono necessarie all'evasione della pratica
- nella sua qualità di interessato Lei gode dei diritti di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 196/03.

Data

In fede
IL RICHIEDENTE

Allega:

- copia del documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- 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 dei genitori con indicazione del luogo di lavoro;
- autocertificazione dei genitori lavoratori autonomi con indicazione del luogo di lavoro;
- certificato d'invalidità del minore disabile;
- certificato d'invalidità del familiare disabile