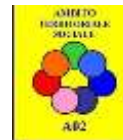




Comune di Monteforte Irpino
(Capofila)



Ambito Territoriale
Sociale A02



CST UIL
Avellino Benevento

ACCORDO TERRITORIALE DI GENERE

“Progetto “S.F.I.D.A.”

Supporto e Fiducia alle Donne per Andare Avanti

POR Campania FSE 2014/2020, Asse I, Obiettivo Specifico 3 Azione 8.2.2-8.2.6/Asse II

Obiettivo Specifico 9 Azione 9.3.3-9.3.4

Cod. Progetto n.16043AP000000058 Cod. Ufficio 154 CUP J49D17000640009

Modello di domanda

All’Ambito Territoriale Sociale A02

Ufficio di Piano

per il tramite del

Comune di Monteforte Irpino (AV)

Via Loffredo

83024 – Monteforte Irpino (AV)

Pec: protocollo.monteforteirpino.av@asmepec.it

La/Il sottoscritta/o _____ nata

a _____ (____) il _____ Codice

Fiscale _____ documento di riconoscimento tipo: _____

n° _____ rilasciato da _____ il _____

residente in _____ (____) CAP _____

Via _____ n. _____ Telefono: _____

cellulare _____ email: _____ @ _____

CHIEDE

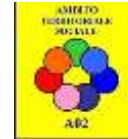
l’assegnazione di buoni servizio di cui all’avviso pubblico di selezione per la selezione dei beneficiari di cui all’intervento 3 dell’ATG S.F.I.D.A., per l’erogazione di buoni servizio per l’acquisto di posti in strutture accreditate ai sensi del regolamento della Regione Campania n. 4/2014 per i servizi rivolti all’infanzia in età compresa tra 3-12 anni e 0-36 mesi.

Consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell’articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA



Comune di Monteforte Irpino
(*Capofila*)



Ambito Territoriale
Sociale A02



CST UIL
Avellino Benevento

che la propria famiglia convivente si compone di:

n	Cognome e nome	* rapporto di parentela	Stato civile	Comune di nascita	Data di nascita	Codice fiscale
1						
2						
3						
4						
5						
6						

DICHIARA ALTRESI'

Che la situazione lavorativa del proprio nucleo familiare è la seguente: **(La compilazione è obbligatoria)**

	Professione	telefono
Padre o altro Intestatario/a		
Madre		
Figlio		
Figlio		
Figlio		

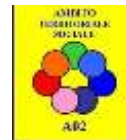
|__| che nel nucleo familiare sono presenti figli portatori di handicap o con difficoltà di apprendimento;

|__| Che la certificazione ISEE del nucleo familiare è pari o inferiore alla quota agevolata della fascia* |__| di cui in premessa; (indicare una delle fasce ISEE previste 1, 2 o 3);

- di essere a conoscenza della responsabilità penale in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dagli artt. 75 e 76



Comune di Monteforte Irpino
(*Capofila*)



Ambito Territoriale
Sociale A02



CST UIL
Avellino Benevento

del D.P.R. n° 445 del 28 novembre 2000, ed è consapevole del fatto che, qualora emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante perderà di diritto i benefici ottenuti;

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione contenuta nella presente dichiarazione.
- Di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'avviso e di prestare il proprio consenso al trattamento dei dati anche con strumenti informatici per le finalità istituzionali dell'Ente ai sensi dell'art.18, comma 2, D.Lgs. n.196/2003;

Data _____

Firma

Si allega alla presente:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità
- Autocertificazione / Certificato medico sullo stato generale di salute con attestazione di assenza di malattie infettive e di regolarità delle vaccinazioni
- Eventuali certificazioni mediche attestanti un particolare stato di salute del bambino (disabilità, difficoltà di apprendimento, etc..)
- Certificazione ISEE in corso di validità
- Altra eventuale documentazione, specificare: _____