



Comune di  
Chiusano San  
Domenico

**Allegato - Modello di domanda**

Spett.le Consorzio dei Servizi Sociali A5 Via  
Belli 4, 83042 Atripalda (AV)

**Oggetto:** Avviso Pubblico "Buoni Servizio" Accordi territoriali di genere "S.O.L.E." -

Il/la sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente in (Comune di residenza) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ altro recapito \_\_\_\_\_

esercente la potestà genitoriale sul minore di seguito generalizzato in qualità di:

☐ genitore ☐ tutore ☐ affidatario

**MANIFESTA INTERESSE**

Ad essere inserito nella graduatoria delle famiglie idonee a beneficiare dei buoni di servizio per la frequenza a questa tipologia di servizio (barrare con una x)

**Servizi per la prima infanzia rivolti ai bambini di età compresa tra 0 e 36 mesi:**

- ☐ Servizio Ludoteca prima infanzia;
- ☐ Servizio Nido d'infanzia ;
- ☐ Spazio bambini e bambine-servizi integrativi al nido

**Servizi per l'infanzia, rivolti ai bambini di età compresa tra 3 e 12 anni:**

- ☐ Ludoteca, intesa come servizio annesso, centro polifunzionale per minori (n. ore giornaliere: 4);
- ☐ Ludoteca, intesa come servizio principale , centro polifunzionale per minori (n. ore giornaliere: 4).

**Presso una delle seguenti strutture accreditate** (Regolamento regionale n. 4/2014, approvato con DGR n. 107 del 23/04/2014) - vedere allegato:

\_\_\_\_\_

a favore del minore (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_



Comune di  
Chiusano San  
Domenico

residente in (compilare se diverso da quello del  
richiedente) \_\_\_\_\_

Dichiara di essere:

- ☐ Donnain età lavorativa e con figli 0-12 anni occupate;
- ☐ Donna in età lavorativa e con figli 0-12 anni in cerca di lavoro;
- ☐ Uomo, in caso di famiglie monoparentali con la sola presenza del padre, che si riferisca alle tipologie su indicate.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):

- ☐ di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte quanto previsto dall'Avviso Pubblico " Buoni di Servizio" nell'Ambito del Progetto Accordo Territoriale di genere "S.O.L.E." ;
- ☐ presenza di bambini in condizione di disabilità attestato da personale competente;
- ☐ presenza di altri figli di età inferiore a 12 anni (anche in affido familiare);
- ☐ nucleo familiare con un solo genitore (nubile, celibe/vedova, vedovo) e disoccupato;
- ☐ nucleo familiare con un solo genitore (nubile, celibe/vedova, vedovo) e occupato;
- ☐ di possedere un Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), allegato alla presente istanza, pari a € \_\_\_\_\_;
- ☐ che il nucleo familiare è composto da:

Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Disabile
Dichiarante			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

\_\_\_\_\_  
(Luogo ) (Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma del dichiarante)

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).



Comune di  
Chiusano San  
Domenico

#### Allegati:

- Copia attestazione ISEE in corso di validità;
- Fotocopia carta d'identità e codice fiscale del richiedente;
- Fotocopia codice fiscale del minore;
- Eventuale certificazione rilasciata dall'ASL di appartenenza attestante la disabilità.

#### INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della normativa vigente si porta a conoscenza dei richiedenti i buoni di servizio che:

1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi del Consorzio A5 secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni al Consorzio A5 con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti consortili;
4. il richiedente il voucher sociale, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;