

**VOUCHER PER SERVIZI DI CONCILIAZIONE
RICHIESTA DI RIMBORSO**

PRESENTAZIONE DOMANDA: DAL 18 GENNAIO 2016 AL 14 MARZO 2016

All'ufficio Protocollo del Comune di _____

Io sottoscritto/a
nato/a a il
codice fiscale e residente a
Via n. C.A.P.
Telefono indirizzo posta elettronica.....

CHIEDO

il riconoscimento di un voucher del valore massimo di € 300,00 a titolo di rimborso delle spese sostenute per i servizi di cui ho usufruito mediante accredito sul seguente c/c a me intestato o cointestato:

Banca Agenzia
IBAN
Intestato a

Consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000.n. 445, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 del richiamato D.P.R. 445/2000

DICHIARO

a) che l'importo richiesto è riferito ai seguenti servizi di cui ho usufruito nel periodo compreso tra il 01.06.2015 e il 31.12.2015:

- Servizio:.....Importo: €.
- Servizio:.....Importo: €.
- Servizio:.....Importo: €.
- Servizio:.....Importo: €.
- Servizio:.....Importo: €.
- Servizio:.....Importo: €.

Totale €

- b)** di essere consapevole che i documenti comprovanti l'erogazione del servizio possono essere richiesti dall'Azienda Speciale Consortile Medio Olona in qualunque momento;
- c)** in caso di fruizione del periodo di astensione obbligatoria per maternità, dichiaro di aver terminato tale fruizione;
- d)** in caso di fruizione del periodo del congedo parentale (D.Lgs 151/2001 - astensione facoltativa per maternità), dichiaro di aver terminato tale fruizione;
- e)** che né il sottoscritto né nessuno dei componenti del mio nucleo familiare anagrafico è beneficiario di altre misure economiche quali: voucher inps baby sitting – asili nido, provvidenze da bandi e/o deliberazioni regionali e territoriali, indennità di accompagnamento.
- f)** di non aver usufruito di ulteriori contributi comunitari, nazionali, regionali o locali, per gli stessi servizi per cui si chiede il rimborso;
- g)** di essere in possesso di regolare attestazione I.S.E.E. il cui indicatore della Situazione Economica Equivalente corrisponde ad € come da Attestazione CAF rilasciata dall'INPS in data.....

ALLEGATO

- ✓ n.....fatture o documenti contabili equivalenti attestanti l'avvenuto pagamento dei servizi;
- ✓ Copia del Documento di identità in corso di validità;
- ✓ Autocertificazione dello stato di famiglia e dello status occupazione;
- ✓ Eventuale verbale d'invalidità che certifichi la condizione di disabilità/non autosufficienza ai sensi dell'art.3, Legge 104/92;
- ✓ Scheda rilevazione bisogni di conciliazione (allegato 1) debitamente compilata.

LUOGO e DATA..... Firma

Informativa ex art. 13 D. Lgs. n. 196/2003

“Codice in materia di protezione dei dati personali”

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 30.06.03 n. 196, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza e dell'Azienda Speciale Consortile Medio Olona servizi alla persona, anche con l'ausilio di mezzi informatici. Preso atto dell'informativa di cui sopra, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali che lo/a riguardano, funzionale agli scopi per il quale è posto in essere.

Luogo e data

Firma.....