

DOMANDA

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE VOUCHER PER SERVIZI DI CONCILIAZIONE

PRESENTAZIONE DOMANDA: DAL 29 AGOSTO 2016 AL 28 OTTOBRE 2016

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 € 500,00 a titolo di rimborso delle spese sostenute per i servizi di cui ho usufruito nel periodo compreso tra il 01.01.2016 e il 31.08.2016 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

A1) Di essere residente presso il Comune di:

- ☐ Comune di Castellanza
- ☐ Comune di Marnate
- ☐ Comune di Olgiate Olona
- ☐ Comune di Solbiate Olona
- ☐ Comune di Gorla Maggiore
- ☐ Comune di Gorla Minore
- ☐ Comune di Fagnano Olona
- ☐ Comune di Busto Arsizio

Oppure

A2) di essere un lavoratore impiegato presso uno degli enti partner dell'Alleanza Locale:

- ☐ Azienda Speciale Consortile Medio Olona servizi alla persona
- ☐ Ufficio di Piano di Busto Arsizio
- ☐ Comune di Busto Arsizio

(continua)

Azione realizzata nell'ambito della DGR n. X/1081/2013 "Valorizzazione delle politiche territoriali di conciliazione, dei tempi lavorativi con le esigenze familiari e delle reti di imprese che offrono servizi di welfare"

- ☐ Comune di Castellanza
- ☐ Comune di Marnate
- ☐ Comune di Olgiate Olona
- ☐ Comune di Solbiate Olona
- ☐ Comune di Gorla Maggiore
- ☐ Comune di Gorla Minore
- ☐ Comune di Fagnano Olona
- ☐ Cooperativa sociale Totem
- ☐ Cooperativa Sociale Dire, Fare, Giocare
- ☐ Cooperativa Sociale Elaborando
- ☐ Cooperativa Sociale La Ginestra
- ☐ Consorzio Cooperative Sociali CCS
- ☐ Comerio Ercole spa

B) che l'importo richiesto è riferito ai servizi sotto elencati di cui ho usufruito nel periodo compreso tra il 01.01.2016 e il 31.08.2016, di cui allego i giustificativi:

indicare il servizio di cui si è usufruito (tipologia, nome e indirizzo dell'ente erogatore)	A favore di (indicare nome e cognome) ...	Riferimento della fattura/ricevuta (di cui allego copia)	Importo totale della fattura/ricevuta

C) che il mio stato di famiglia è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

RAPPORTO CON IL RICHIEDENTE (es. coniuge, convivente, figlio, padre...)	COGNOME E NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	STATUS OCCUPAZIONALE (es. lavoratore, studente, pensionato, invalido con collocabile al lavoro, etc..)

- D)** che tutti i componenti del mio nucleo familiare, in età lavorativa, sono lavoratori/trici, rientranti in una delle tre condizioni lavorative sotto riportate:
- dipendente da datori di lavoro pubblici o privati.
 - iscrizione alla gestione separata di cui all'art.2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n.335 (ivi comprese liberi/e professionisti/e, purchè non pensionati).
 - iscrizione ad altra gestione/albi professionali.
- E)** che, nel periodo di cui ho usufruito del servizio per il quale chiedo il rimborso, né il sottoscritto né nessuno dei componenti del mio nucleo familiare anagrafico ha beneficiato di contributi comunitari, nazionali, regionali o locali, per gli stessi servizi per cui si chiede il rimborso (quali, ad esempio, voucher inps baby sitting – asili nido, sgravi sulle rette, provvidenze da bandi e/o deliberazioni regionali e territoriali, etc.);
- F)** di essere in possesso dell'attestazione I.S.E.E., in corso di validità, il cui indicatore della Situazione Economica Equivalente corrisponde ad € come da Attestazione CAF rilasciata dall'INPS in data....., di cui allego copia.

ALLEGRO

- ✓ n.....fatture o documenti contabili equivalenti attestanti l'avvenuto pagamento dei servizi di cui si richiede il rimborso e l'erogazione del voucher;
- ✓ Copia del Documento di identità in corso di validità del richiedente;
- ✓ Copia dell'attestazione I.S.E.E. in corso di validità;
- ✓ Nel caso di richiesta di rimborso di "servizi di cura e conciliazione di persone con handicap con connotazione di gravità, conviventi", allegare la certificazione ai sensi dell'art.3 comma 3 della L.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.....