



Allegato A

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA SELEZIONE DELLE DESTINATARIE DEI VOUCHER DI CUI ALL'AZIONE 8.2.1 - PROGETTO PI(ANI) CO(NCILIAZIONE). AVVISO PIANI DI CONCILIAZIONE PIANO OPERATIVO 2017-2019 – INTERVENTO 26 REGIONE ABRUZZO. CUP C72G18000050006

All'Ufficio di Piano
Ambito Distrettuale Sociale n. 6 Sangrino
c/o Comune di Castel di Sangro
Via Sangro
67031 CASTEL DI SANGRO

per il tramite dell' ECAD n. _____

La sottoscritta _____ nata a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n° _____
C.F. _____ tel./ cell. _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 DPR 28 Dicembre 2000, n. 445, preso atto delle condizioni di partecipazione stabilite nell'Avviso di cui all'oggetto

CHIEDE

- 1) Di partecipare all'Avviso pubblico citato in oggetto "AVVISO PUBBLICO PER LA SELEZIONE DELLE DESTINATARIE DEI VOUCHER DI CUI **ALL'AZIONE 8.2.1 (Lavoratrici dipendenti, anche con contratto di lavoro atipico, o lavoratrici autonome)**
- PROGETTO PI(ANI) CO(NCILIAZIONE). AVVISO PIANI DI CONCILIAZIONE PIANO OPERATIVO 2017-2019 – INTERVENTO 26 REGIONE ABRUZZO. CUP C72G18000050006

A tal fine

DICHIARA

di possedere i seguenti requisiti:

☐ essere residente nel Comune di _____ appartenente all'Ambito Distrettuale Sociale _____;

☐ essere lavoratrice dipendente

☐ Occupata part time a tempo indeterminato/determinato

☐ Occupata full time a tempo indeterminato/determinato

☐ essere lavoratrice autonoma (anche con contratto di lavoro "atipico" e/o a tempo determinato)

☐ avere reddito ISEE (ordinario) pari a € _____;

☐ avere un nucleo familiare, la cui composizione e situazione è indicata nella tabella che segue:

Nominativo	Data nascita	Grado parentela	Invalidità %	Disabilità L.104/92

Stato civile: ☐ coniugata ☐ nubile ☐ separata ☐ divorziata ☐ vedova

☐ avere n° _____ figli minori a carico: (indicare età di ognuno)

1 Figlio _____

2 Figlio _____

3 Figlio _____

☐ presenza nel nucleo di soggetti disabili ai sensi della L. 104-92

☐ presenza nel nucleo di soggetti invalidi (con percentuale di invalidità superiore al 74%)

Prestazione richiesta:

☐ Anziani/soggetti non autosufficienti:

☐ centri diurni e servizi residenziali

☐ servizi di care giver

☐ servizi di trasporto e/o accompagnamento

☐ sostegno ai servizi di assistenza domiciliare (esclusi servizi infermieristici e di assistenza sanitaria)

☐ bambini:

- doposcuola e supporto allo studio
- centri ricreativi aperti nei periodi di chiusura delle scuole
- sostegno per le rette di nidi o scuole dell'infanzia
- baby sitter
- assistenza educativa domiciliare

☐ disabili:

- sostegno ai servizi di assistenza domiciliare (esclusi servizi infermieristici e di assistenza sanitaria)
- centri diurni e servizi residenziali
- servizi di care giving;
- servizi di trasporto e/o accompagnamento.

Allega alla presente:

- ☐ Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità della richiedente;
- ☐ Contratto di lavoro (autocertificazione per donne dipendenti di pubbliche amministrazioni);
- ☐ Attestazione ISEE ordinario in corso di validità;
- ☐ Certificazione Invalidità Civile dalla quale si evinca la percentuale di invalidità (>74%) riconosciuta al familiare convivente
- ☐ Certificazione di disabilità L.104/92; (per familiare convivente)

Altro _____

La sottoscritta dichiara, inoltre:

- di non fruire di servizi analoghi erogati da altri soggetti pubblici o privati, finanziati con fondi pubblici, o che siano destinatarie di Voucher baby sitter - asili nido secondo quanto previsto dalla legge di stabilità;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente;
- di essere consapevole che l'Ente può accertare con qualunque mezzo idoneo la veridicità delle informazioni fornite.

Luogo e data _____

Firma del richiedente
