



EBOLI CAPOFILA

Altavilla Silentina - Battipaglia - Campagna - Contursi Terme - Eboli - Oliveto Citra - Postiglione - Serre - Sicignano degli Alburni - Provincia di Salerno - A.S.L. Salerno

ALLEGATO A - Modello domanda Avviso Famiglie

**Ambito Territoriale Sociale S3 ex S5
Comune Capofila – Eboli**

Pec: pianodizonas3@pec.comune.eboli.sa.it

**AVVISO PUBBLICO
"NIDI E MICRO – NIDI "VOUCHER DI SERVIZIO
DESTINATI AI NUCLEI FAMILIARI CON MINORI 0 – 36 MESI
D.D. Regione Campania n. 10 del 05.02.2018**

Il sottoscritto (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

CHIEDE

Ad essere inserito nella graduatoria delle famiglie idonee per beneficiare dei voucher di servizio per Nidi e Micronidi in favore del minore:

(Cognome e nome) _____

nato a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

residente in (compilare se diverso da quello del richiedente) _____

per la frequenza del servizio a:

- tempo pieno (8 ore/ giorno)
- tempo parziale (4 ore/giorno)

per l'anno educativo 2018-2019 (decorrenza assegnazione dal mese di settembre 2018 o dal mese di inserimento se successivo).

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 (contrassegnavarli con una X):

- di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte quanto previsto dall'Avviso Pubblico "Nidi e Micronidi: Voucher di Servizio";



EBOLI CAPOFILA

Altavilla Silentina - Battipaglia - Campagna - Contursi Terme - Eboli - Oliveto Citra - Postiglione - Serre - Sicignano degli Alburni - Provincia di Salerno - A.S.L. Salerno

- di essere collocata/o in una lista di attesa per la frequenza di nidi/micronidi a titolarità comunale;
- di essere residente in un Comune privo di servizi di nidi/micronidi a titolarità comunale;
- di essere nella condizione di famiglia monoparentale e disoccupato;
- di essere nella condizione di famiglia monoparentale e occupato;
- di essere nella condizione di famiglia con entrambi i genitori che lavorano;
- 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
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Si allega:

1. Copia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente;
2. Copia del codice fiscale del minore;
3. Attestazione ISEE.

(luogo e 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).

AUTORIZZAZIONE ALTRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

(luogo e data)

(timbro e firma del legale rappresentante)
