

Allegato 2 – Domanda di concessione voucher

Spett.le
Comune di Fondi
Settore III Servizi alla Persona
Piazza Municipio
04022 Fondi (LT)

OGGETTO : POR FESR LAZIO 2007-2013 - Progetto PLUS del Comune di Fondi - Avviso pubblico per la concessione di voucher per la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro delle donne.

Domanda per la concessione di voucher .

La sottoscritta _____
nata a _____ il _____,
codice fiscale _____ telefono _____ cellulare _____
e-mail _____

CHIEDE

la concessione del contributo previsto a titolo di voucher per €....., finalizzati alla conciliazione tra tempi di vita e di lavoro di cui all'Avviso Pubblico per la concessione di voucher per la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro delle donne approvato con Determinazione Dirigenziale. n 1420 del 17.12.2014 in favore del proprio figlio/a, invalido e/o disabile:

1. Nome _____, Cognome _____, nato a _____, il _____ (gg/mm/aaaa), codice fiscale _____
relazione parentela/affinità _____
2. Nome _____, Cognome _____, nato a _____, il _____ (gg/mm/aaaa) codice fiscale _____
relazione parentela/affinità _____
3. Nome _____, Cognome _____, nato a _____, il _____ (gg/mm/aaaa) codice fiscale _____
relazione parentela/affinità _____

(aggiungere se necessario)

Consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi di cui all'art. 76 del DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- a) di essere residente nel comune di _____, via _____ n _____
- b) di trovarsi in una condizione di difficoltà a conciliare i propri tempi di vita familiare con i tempi di lavoro, dovuta a: (anche risposta multipla):
- motivi di distanza del luogo di lavoro
 - motivi di orari di lavoro
 - altre esigenze di cura (familiari disabili, ecc.)
 - altro, specificare: _____
- c) che per i soggetti a carico indicati nella presente domanda non si percepiscono altri benefici per le medesime spese di assistenza.
- d) che il reddito familiare annuo calcolato con il metodo ISEE è di € _____ come da certificazione allegata rilasciata dal Centro di Assistenza Fiscale Autorizzato;
- e) che il proprio nucleo familiare è composto di n° _____ unità compresa la dichiarante ed il soggetto a carico per cui si richiede il contributo;
- f) che il proprio carico di cura è così identificato:
- bambini tra 0 e 3 anni
 - bambini tra 4 e 6 anni;
 - ragazzi tra 7 e 11 anni;
 - ragazzi tra 12 e 14 anni;
 - soggetto disabile, invalido (riconosciuto ai sensi della L.104/92) senza limiti di età.
- g) di trovarsi nella condizione di (*barrare con una X la voce che interessa*):
- coniugata
 - non coniugata
 - vedova
- h) che la propria sede di lavoro è situata a _____ km dal comune di residenza, presso l'azienda/ente: _____ P/IVA/Codice fiscale (impresa) _____ telefono _____ comune sede di lavoro _____
- i) di essere (obbligatorio, barrare):
- Occupata part time a tempo indeterminato/determinato;
 - Occupata full time a tempo indeterminato/determinato;
 - Occupata con forme di contratto atipico;
 - Lavoratrice autonoma.
- j) Se straniera di essere in regola con il permesso di soggiorno (*RIPORTARE SOLO SE CITTADINA/O STRANIERA*)

DICHIARA INOLTRE

Di :

voler usufruire del servizio di conciliazione
_____ per mesi _____

che il costo mensile per il suddetto servizio è pari a € _____

Di :

aver iscritto il proprio soggetto a carico cura, presso
il _____ sito in _____
indirizzo: _____

di voler iscrivere il proprio soggetto a carico, presso il _____ sito in
_____ indirizzo: _____;

Data __/__/__

.....
Firma leggibile per esteso della richiedente

La sottoscritta allega alla presente:

1 - Copia del documento di identità in corso di validità

2 – Attestazione ISEE in corso di validità reddito di riferimento anno 2013

3 – Autocertificazione di stato di famiglia redatta secondo il modello di cui all'Allegato 3 dell'avviso