

ALLEGATO A

## DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEI VOUCHER "CONCILIANDO"

Spett.le Provincia del Medio Campidano  
Assessorato alle Politiche e Servizi per il Lavoro  
Via Paganini n. 22  
09025 Sanluri (VS)

\_\_ sottoscritt\_\_ nat\_a\_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia ( )  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la concessione del contributo previsto a titolo di voucher per l'acquisto di servizi finalizzati al sostegno per la conciliazione tra tempi di vita e di lavoro di cui all'Avviso Pubblico Conciliando.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni andrà incontro alle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. n.445/2000:

### DICHIARA

1. Di essere nata/o a \_\_\_\_\_ ( ), il \_\_\_\_\_;
2. Di essere residente a \_\_\_\_\_ ( ), via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
3. Di essere:  
☐ cittadina/o italiana/o o del seguente stato dell'Unione Europea \_\_\_\_\_ ;  
☐ di essere immigrato/a, residente in Sardegna da almeno 5 anni (allegare copia del permesso di soggiorno);

Assessorato alle Politiche i e Servizi per il Lavoro

Domanda per la concessione dei Vouchers "Conciliando" - Progetti integrati a sostegno della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro. -

TIPO DOCUMENTO : Modulistica

VER.: n. 1 del 07.03.2012

A PROPRIO CON: Determinazione A.L. n. 85 del 15/03/2012-

AREA: Lavoro

DIRIGENTE: Dr. Mariano Cabua

SETTORE: Politiche del Lavoro

RESPONSABILE dott.ssa Lorena Cordeddu

SERVIZIO: Lavoro

SEDE: via Carlo Felice, 201 - 09025 Sanluri (VS)

TEL.: 070 9356231

FAX.: 070 9371089

REDATTO DA: Graziella Vizzarri

C.F. 92121560921

P.I.: 02981030923

E-MAIL conciliando@provincia.mediocampidano.it

4. di avere il seguente status occupazionale:

☐ dipendente con contratto "atipico" e/o a tempo determinato:

Tipologia contrattuale \_\_\_\_\_ Data assunzione \_\_\_\_\_ Impegno orario mensile \_\_\_\_\_;

☐ inoccupata/o - disoccupata/o iscritta/o al CSL, ai sensi del D. Lgs. n.181/2000 e ss.mm.ii che abbiano in corso attività di formazione o borsa lavoro ai sensi della L. n.196/1997;

Percorso frequentato \_\_\_\_\_ Data inizio \_\_\_\_\_ Data fine \_\_\_\_\_;

5. di avere responsabilità di cura nei confronti di un soggetto parente o affine<sup>1</sup> entro il terzo grado ai sensi degli articoli 74 e 78 del Codice Civile che sia:

☐ n. \_\_\_\_ minore/i, dai 0 anni ai 14 anni (specificare l'età) \_\_\_\_\_;

☐ n. \_\_\_\_ anziano/i non autosufficiente ossia persone di età superiore ai 65 anni, con invalidità, riconosciuta al 100% e/o al 100% con accompagnamento, accertata con verbale della commissione sanitaria;

☐ n. \_\_\_\_ diversamente abile/i in possesso dei requisiti previsti dalla L. n.104/1992, art.3, c.3, con indennità di accompagnamento documentati dai relativi verbali della Commissione medica;

6. che l'assistita/o è nata/o a \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_;

7. che l'assistita/o è domiciliato presso il destinatario del voucher;

8. di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste dal bando (Si allega dichiarazione di atto notorio - allegato B);

9. di avere un reddito familiare annuo calcolato con il metodo ISEE, relativo all'anno 2010, pari a € \_\_\_\_\_ come da certificazione allegata, rilasciata da un Centro di Assistenza Fiscale Autorizzato;

10. che il proprio nucleo familiare è composto da: (indicare anche i dati del dichiarante):

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela con il/la dichiarante <sup>1</sup>	Stato civile

In base agli artt. 74 e 78 del C.C., sono **parenti** di 1° grado: genitori, figli; di 2° grado: nonni, fratelli, sorelle, nipoti (figli dei figli); di 3° grado: bisnonni, zii, nipoti (figli di fratelli e/o sorelle), pronipoti in linea retta; Sono **affini** di 1° grado: suocero/a, nuora, genero; di 2° grado: cognati; di 3° grado: zii acquisiti, nipoti acquisiti.

N.	Cognome e Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela con il/la dichiarante <sup>1</sup>	Stato civile

11. di trovarsi nella condizione di:

- ☐ coniugata/o - o convivente
- ☐ divorziata/o - vedova/o - separata/o - single (senza figli a carico)
- ☐ divorziata/o - vedova/o - separata/o - single (con figli a carico)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile per esteso del richiedente

*Il/La sottoscritt\_ autorizza all'utilizzo dei dati nel rispetto del nuovo Codice in materia di protezione dei dati personali D. Lgs. n.196/2003, e dichiara di essere consapevole che le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt.75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, e la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti.*

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile per esteso del richiedente

Il/La sottoscritt\_ allega alla presente:

- ☐ Copia del documento di identità in corso di validità del destinatario;
- ☐ Allegato B - Dichiarazione sostitutiva di notorietà - dichiarazione di assenza di incompatibilità con eventuali altri benefici percepiti dalla persona assistita a rimborso delle spese ammissibili;

*Assessorato alle Politiche i e Servizi per il Lavoro*

*Domanda per la concessione dei Vouchers "Conciliando" - Progetti integrati a sostegno della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro.*

TIPO DOCUMENTO : Modulistica

VER.: n. 1 del 07.03.2012

APPROVATO CON: Determinazione A.L. n. 85 del 15/03/2012-

mod. Dichiarazione sostitutiva.doc versione 3.03 del 15.12.2010

PAG.3 DI 4

- ☐ Allegato C - Dichiarazione sostitutiva di notorietà attestante l'impegno di cura nei confronti della persona assistita (obbligatorio qualora la persona assistita sia persona disabile o anziano non autosufficiente);
- ☐ Copia verbale della Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile attestante la condizione di non autosufficienza (invalidità al 100% con o senza indennità di accompagnamento) riferito alla persona assistita anziana ultra sessantacinquenne;
- ☐ Copia del verbale della Commissione medica che attestino la minorazione solo nel caso in cui il Voucher sia richiesto per persone diversamente abili in possesso dei requisiti previsti dalla L. n.104/1992, art.3, c.3 (in caso di Sindrome di Down è sufficiente il certificato del medico di base);
- ☐ Copia certificazione dell'ISEE in corso di validità riferito all'anno 2010 rilasciata dal CAF;
- ☐ Copia del permesso di soggiorno (per immigrati residenti in Sardegna da almeno 5 anni);
- ☐ Copia ultima busta paga in cui si evidenzia la data di assunzione(per i lavoratori con contratti atipici e/o a tempo determinato);
- ☐ Certificato di frequenza del percorso formativo o del percorso di borsa lavoro per inoccupati o disoccupati.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

*Firma leggibile per esteso del richiedente*