



## 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 giver;
  - 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

\_\_\_\_\_