



Accordi Territoriali di Genere - P.O.R. CAMPANIA FSE 2014-2020- OBIETTIVI SPECIFICI 3 (R.A. 8.2) E 9 (R.A. 9.3)

IL METRONOMO - Tempo, Spazio, Azioni: la scansione è di genere

**ALL'UFFICIO DI PIANO
AMBITO N20
COMUNE DI ACERRA**

OGGETTO: DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER L'INDIVIDUAZIONE DI N. 17 BENEFICIARI DI BUONI FINALIZZATI ALL'ACQUISTO DI POSTI IN SERVIZI DI CURA SOCIO-EDUCATIVI PRESSO STRUTTURE ACCREDITATE RIVOLTI A BAMBINI DI ETA' COMPRESA FRA 0 E 36 MESI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ residente in _____ in Via _____ n. _____ Tel. N. _____

In qualità di genitore e/o esercente la responsabilità genitoriale del minore _____ (dati anagrafici) o dei minori _____ (dati anagrafici)

CHIEDE

di poter beneficiare dei buoni per l'acquisto di posti in servizi di cura socio-educativi presso strutture accreditate come da Determinazione Dirigenziale n. 885 del 23.06.2016.

All'uopo DICHIARA ,

sotto la propria personale responsabilità che trovarsi nella condizione di seguito elencata ovvero:

ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

CRITERI	Punti previsti	Barrare la propria condizione
Famiglia monoparentale	12	
Genitore occupato	4	
Genitore libero professionista	3	
Genitore studente (non iscritto al centro per l'impiego)	4	
Genitore disoccupato (iscritto al centro per l'impiego)	4	
Pendolari e lavoratori senza sede fissa (oltre 30Km dal domicilio ogni giorno):		



SEDE: Vico Scalciccia, 16 - 80142 Napoli
TEL: +39 081 294426
MOB: +39 346 1209181
FAX: +39 081 2141441



Progetto realizzato con il cofinanziamento dell'Unione Europea



Accordi Territoriali di Genere - P.O.R. CAMPANIA FSE 2014-2020- OBIETTIVI SPECIFICI 3 (R.A. 8.2) E 9 (R.A. 9.3)

IL METRONOMO - Tempo, Spazio, Azioni: la scansione è di genere

Orario di lavoro: da 4 a 12 ore settimanali	1	
Da 13 a 24 ore settimanali	2	
Da 25 a 36 ore settimanali	3	
Oltre 36 ore settimanali	4	
Altri figli minori di 12 anni	2	
Disabilità : per ciascun caso in famiglia certificato dall'ASL	2	

Sono consapevole che ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di false dichiarazioni accertate dall'amministrazione precedente verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Sono a conoscenza che la mancata accettazione della presente dichiarazione, quando le norme di legge o di regolamento ne consentono la presentazione, costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 del D.P.R. 445/2000).

Ai sensi dell'art.10 della legge 675/96, i dati personali forniti dal sottoscritto dovranno essere trattati, dall'ente al quale la presente dichiarazione viene prodotta, per le finalità connesse all'erogazione del servizio o della prestazione per cui la dichiarazione stessa viene resa e per gli eventuali successivi adempimenti di competenza. Mi riservo la facoltà di esercitare in qualunque momento i diritti di cui all'art. 13 della legge stessa.

Si allegano i seguenti documenti:

- Modello ISEE Attestazione ISEE valida, rilasciata da soggetto abilitato secondo la normativa vigente e/o in caso indisponibilità immediata è possibile presentare la DSU e successivamente l'Attestazione Valida;
 - copia di un documento di identità del genitore richiedente;
- Copia documento di riconoscimento del richiedente

Acerra

Firma del richiedente



SEDE:Vico Scalciccia, 16 - 80142 Napoli
TEL: +39 081 294426
MOB: +39 346 1209181
FAX: + 39 081 2141441



Progetto realizzato con il cofinanziamento dell'Unione Europea