



MODULO DI RICHIESTA DEI BENEFICI REGIONALI PER L'ABBATTIMENTO DELLE RETTE A CARICO DELLE FAMIGLIE PER LA FREQUENZA DI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA DI CUI ALL'ARTICOLO 15 DELLA LEGGE REGIONALE 20/2005

UNIONE TERRITORIALE INTERCOMUNALE - UTI FRIULI CENTRALE - RICEVUTO IN DATA: ALLE ORE: DA:

Al Servizio Sociale dei Comuni dell'Unione Territoriale Intercomunale del Friuli Centrale per il tramite del Comune di

Il/La sottoscritto/a (M - F), nato/a il, a, con cittadinanza, residente a (CAP), (cod. ISTAT) in (indirizzo), num., [specificare solo se diverso dalla residenza: domiciliato a (CAP, cod. ISTAT) in via], telefono, indirizzo eMail,

codice fiscale [grid of 15 boxes]

dichiara

quale esercente la responsabilità genitoriale sul/sui minore/i, di cui all'elenco nella tabella allegata, che per l'anno educativo 2018/2019:

- Io/gli stesso/i è/sono stato iscritto/i per l'anno educativo 2018/2019 al servizio educativo e secondo i termini specificati nella tabella medesima; per lo/gli stesso/i è stata presentata domanda di ammissione alla/e struttura/e per la prima infanzia del Comune di, come specificato nella tabella medesima.

Chiede

- che gli siano riconosciuti i buoni di servizio per l'abbattimento delle rette di frequenza dei servizi per la prima infanzia per l'anno educativo 2018/2019 finanziati con le risorse del POR FSE 2014-2020 - Programma specifico 23/15 - Azione 9.3.3. di cui all'avviso pubblicato dal SSC in indirizzo; o, in subordine in caso di carenza dei requisiti oppure di esaurimento delle risorse disponibili o in caso di richiesta presentata in data successiva al 31 maggio 2018, che gli siano riconosciuti i benefici regionali per l'abbattimento delle rette a carico delle famiglie per la frequenza di servizi educativi per la prima infanzia secondo le disposizioni di cui all'articolo 15 della legge regionale 20/2005 e del relativo Regolamento attuativo emanato con D.P.Reg. n. 139 del 10.7.2015 e successive modifiche.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte con la presente richiesta ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, e che, in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni, si applicano le sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo DPR 445/2000

1 Nel caso di iscrizione a un Servizio gestito da un Comune, oppure di iscrizione presso altri Servizi a disposizione del Comune per i quali l'accesso è regolato dal Comune medesimo, la domanda è presentata sotto condizione dell'effettiva ammissione alla frequenza del Servizio.

## dichiara

- di essere residente o di prestare attività lavorativa nel territorio della Regione da almeno un anno;
- (in quanto richiedente con cittadinanza non italiana) che la presenza in territorio italiano è regolare ai sensi delle norme vigenti;
- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare per l'anno corrente, calcolato sulla base della DSU prot. \_\_\_\_\_, ammonta a Euro \_\_\_\_\_;
- che al momento della presentazione della domanda i soggetti esercenti la responsabilità genitoriale sul/i minore/i di cui all'elenco nella tabella allegata risultano trovarsi nella seguente condizione lavorativa<sup>2</sup>:

nome e cognome <sup>2</sup>	condizione lavorativa <sup>2</sup>
	occupato in stato di disoccupazione (ex art. 19 D.Lgs 150/15) (nessuna delle condizioni sopra indicate) altro: _____
	occupato in stato di disoccupazione (ex art. 19 D.Lgs 150/15) (nessuna delle condizioni sopra indicate) altro: _____

- di essere a conoscenza che l'ammissibilità della presente domanda al beneficio regionale di cui all'art. 15 della L.R. 20/2005 è condizionata all'effettiva ammissione alla frequenza del servizio di nido d'infanzia.

## Autorizza

L'Ente gestore del Servizio sociale dei Comuni in indirizzo ad erogare il beneficio spettante al gestore del servizio educativo indicato nella tabella allegata al fine di abbattere il costo retta mensile relativo al servizio medesimo.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare l'eventuale ammissione di benefici di cui alla presente domanda, nonché il relativo ammontare, ad altri soggetti che intendessero erogare ulteriori provvidenze per le medesime finalità.

Ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), si informa che:

- a) il trattamento dei dati personali forniti è finalizzato unicamente alla gestione della procedura di contributo per la quale la domanda è stata presentata;
- b) il trattamento dei dati raccolti verrà effettuato con modalità manuale e informatizzata;
- c) il conferimento dei dati di cui alla presente domanda è obbligatorio e il mancato conferimento comporterà la non ammissione della stessa;
- d) i dati raccolti potranno essere comunicati ad altre Pubbliche Amministrazioni solo nei casi espressamente previsti dalla legge;
- e) sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/2003, in particolare, il diritto di accedere ai dati personali che li riguardano, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentando la relativa richiesta al titolare del trattamento;
- f) il titolare del trattamento dei dati è il Responsabile del Servizio sociale dei Comuni dell'Uti Friuli Centrale.

Allega:

- Copia del documento d'identità;
- Elenco dei Minori – Dettaglio dei termini dell'iscrizione.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

<sup>2</sup> da compilare solamente nel caso di richiesta di buoni di servizio per l'abbattimento delle rette di frequenza dei Servizi per la prima infanzia finanziati con le risorse del POR FSE.

**ALLEGATO: Elenco dei Minori - Dettaglio dei termini dell'iscrizione**

COL. 1	COL. 2 DENOMINAZIONE SERVIZIO <sup>6</sup>	COL. 3 PERIODO RICHIESTO		COL. 4 TIPO STRUTTURA	COL. 5 ORARIO AI FINI DEL BENEFICIO
		DA	A		
<b>MINORE</b> <sup>3</sup> Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F      Cittadinanza: _____ Residenza (se diversa da quella del richiedente): _____ _____ Comune / stato di nascita: _____ _____ (per nascituro) Data presunta del parto: _____				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambini e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza < 30 ore al mese
Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F      Cittadinanza: _____ Residenza (se diversa da quella del richiedente): _____ _____ Comune / stato di nascita: _____ _____ (per nascituro) Data presunta del parto: _____				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambini e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza < 30 ore al mese
Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F      Cittadinanza: _____ Residenza (se diversa da quella del richiedente): _____ _____ Comune / stato di nascita: _____ _____ (per nascituro) Data presunta del parto: _____				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambini e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza < 30 ore al mese
Codice fiscale: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F      Cittadinanza: _____ Residenza (se diversa da quella del richiedente): _____ _____ Comune / stato di nascita: _____ _____ (per nascituro) Data presunta del parto: _____				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambini e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza < 30 ore al mese

<sup>3</sup> in caso di domanda presentata per nascituro, in col.1 indicare solo la data presunta del parto e compilare le altre colonne;

<sup>4</sup> frequenza per almeno 100 ore al mese e con almeno 10 giorni con frequenza superiore alle 5 ore;

<sup>5</sup> frequenza inferiore ai limiti stabiliti per il tempo pieno, per almeno 30 ore al mese;

<sup>6</sup> ragione sociale della struttura per la prima infanzia scelta.