

MODULO DI RICHIESTA DEI BENEFICI PER L'ABBATTIMENTO DELLE RETTE A CARICO DELLE FAMIGLIE
PER LA FREQUENZA DI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

UNIONE TERRITORIALE INTERCOMUNALE
- UTI FRIULI CENTRALE -

RICEVUTO IN DATA: _____
ALLE ORE: _____
DA: _____

Al Servizio sociale dei Comuni
dell'Unione Territoriale Intercomunale
del Friuli Centrale
Via Gorghini 16
33100 Udine

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

chiede

che gli siano riconosciuti i buoni di servizio per l'abbattimento delle rette di frequenza dei servizi per la prima infanzia finanziate con le risorse del POR FSE 2014-2020 (Programma specifico 23/18) e/o 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 modifiche¹, per l'anno educativo 2019-20, **maggiormente favorevoli** sulla base dei requisiti dichiarati nella presente domanda.

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,

dichiara

quale esercente la responsabilità genitoriale sul/sui minore/i, di cui all'elenco nella tabella allegata, che lo/gli stesso/i è/sono iscritto/i per l'anno educativo 2019/2020 al servizio educativo e secondo i termini specificati nella tabella medesima,

- 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;
- di essere un nucleo familiare con un unico figlio minore;
- di essere un nucleo familiare con due o più figli minori;

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.

- di avere due o più figli iscritti contemporaneamente ai servizi per la prima infanzia,
- di essere residente o di prestare attività lavorativa nel territorio regionale da
 - almeno 5 anni
 - meno di 5 anni
- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare per l'anno corrente, calcolato sulla base della DSU protocollo _____, ammonta a Euro _____;
- di essere madre di un figlio minore impegnata in un percorso personalizzato di protezione e sostegno all'uscita da situazioni di violenza;
- di essere madre di più figli minori impegnata in un percorso personalizzato di protezione e sostegno all'uscita da situazioni di violenza;
- di essere in possesso di attestazione di cui all'art.3 c.1bis di inserimento in un percorso personalizzato di protezione e sostegno all'uscita da situazioni di violenza, che allega;
- 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 lavorativa²:

cognome e nome	condizione lavorativa
	<input type="checkbox"/> occupato <input type="checkbox"/> in stato di disoccupazione (ex art. 19 D.Lgs 150/15) <input type="checkbox"/> altro (nessuna condizione sopraindicata): _____
	<input type="checkbox"/> occupato <input type="checkbox"/> in stato di disoccupazione (ex art. 19 D.Lgs 150/15) <input type="checkbox"/> altro (nessuna condizione sopraindicata): _____

Autorizza

il 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/La sottoscritto/a 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.

Dichiara inoltre di aver letto il contenuto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 pubblicato sul sito Internet istituzionale dell'UTI Friuli Centrale.

Allega:

- Copia del documento d'identità;
- Elenco dei Minori – Dettaglio dei termini dell'iscrizione;
- Attestazione di cui all'art.3 c.1bis di inserimento in un percorso personalizzato di protezione e sostegno all'uscita da situazioni di violenza (in quanto dovuta).

(luogo e data)

(firma)

² Da compilare solo nel caso in cui l'ISEE sia pari o inferiore a € 20.000,00 per poter usufruire dei 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	COL. 3		COL. 4	COL. 5			
		PERIODO RICHIESTO						
		DA	A					
MINORE³ Codice fiscale: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 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 nascita) Data presunta del parto: _____	DENOMINAZIONE SERVIZIO ⁶			<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 ⁴ <input type="checkbox"/> Tempo parziale ⁵ <input type="checkbox"/> Frequenza < 30 ore al mese			
Codice fiscale: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 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 nascita) Data presunta del parto: _____				DENOMINAZIONE SERVIZIO ⁶			<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 ⁴ <input type="checkbox"/> Tempo parziale ⁵ <input type="checkbox"/> Frequenza < 30 ore al mese
Codice fiscale: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 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 nascita) Data presunta del parto: _____							DENOMINAZIONE SERVIZIO ⁶	
Codice fiscale: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ 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 nascita) Data presunta del parto: _____	DENOMINAZIONE SERVIZIO ⁶							

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

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

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

⁶ ragione sociale della struttura per la prima infanzia scelta.