Spett.le
AMBITO DI SOVERATO
c/o Comune di Soverato
Piazza M. Ausiliatrice, 8
88068 Soverato

Per il tramite del Comune

_____
(Comune di residenza)

Oggetto: Domanda di partecipazione al Piano di Intervento per acquisto posti – utente “ prima infanzia” anno educativo 2015/2016.

Io sottoscritt___ *(cognome e nome)* _____
nat __ a _____ Prov di _____ il __ / __ / _____ residente a _____ in Via _____ n° ____
Codice fiscale _____ Tel. _____ Cell. _____
Genitore del minore *(cognome e nome)* _____
nat __ a _____ Prov di _____ il __ / __ / _____ residente a _____ in Via _____ n° ____
Codice fiscale _____

CHIEDO

Di accedere ai benefici dei Fondi PAC – Primo riparto -, per l’ acquisto dei servizi per la prima infanzia presso le unità d’offerta (Nidi, Micro nidi, Servizi Integrativi) accreditate dall’Ambito territoriale di Soverato per l’anno educativo 2015/2016.

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa dall’art. 47 del D.P.R. 445/2000 ed a conoscenza che:

- in caso di dichiarazioni mendaci saranno applicate le pene stabilite dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000);
- in caso di dichiarazioni non veritiere, è prevista la decadenza dal benefici eventualmente conseguito (art. 75 D.P.R. 445/2000);
- il comune di residenza, avvalendosi della collaborazione dei diversi organi dello Stato, ha facoltà di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese e la congruità con la situazione economica, con particolare attenzione alla composizione del nucleo familiare, ai redditi e alla condizione lavorativa dei genitori.

DICHIARO

1) che il nucleo familiare del minore ha residenza anagrafica in un Comune dell’Ambito di Soverato (i cittadini extracomunitari devono essere titolari di carta di soggiorno o permesso di lunga durata non inferiore ad un anno);

2) che il minore si trova nella seguente condizione *(barrare la casella interessata):*

bambini portatori di handicap (allegare certificazione sanitaria)	si no
casi sociali in carico al Settore Servizi Sociali (allegare provvedimento dell'autorità giudiziaria o segnalazione di disagio grave del distretto sanitario)	si no
Nucleo familiare monoparentale (vedi circolare della direzione generale INPS n. 109 /2000 e n. 8/2003 e nota *1 del modello di domanda.)	si no
Bambini appartenenti ad un nucleo familiare di genitori separati, divorziati e non conviventi.	si no
Bambini nel cui nucleo familiare sono presenti portatori di handicap (allegare certificazione sanitaria)	si no
Bambini nel cui nucleo familiare il genitore/i è in cassa integrazione, mobilità oppure licenziato (allegare documentazione competente)	si no
Bambini con genitori entrambi lavoratori o entrambi studenti	si no
- Bambini inseriti nella graduatoria dell'anno precedente e che non hanno trovato posto per raggiunta capienza - Bambini figli di lavoratori con contratti "atipici" o a tempo determinato.	si no si no
Fratelli gemelli	si no
Bambino con un solo genitore che lavora	si no
Nuclei familiari con almeno 3 minori	si no
Bambini con fratelli frequentanti il nido, micro nido o servizio con educatore familiare e/o domiciliare	si no

3. che il nucleo familiare rilevante ai fine delle prestazioni a favore del minore :

☐ ha il seguente I.S.E.E. euro _____;

4. che intendo inserire il bambino presso la seguente unità d'offerta accreditata dall'Ambito territoriale di Soverato
_____ con sede nel Comune di _____, via _____ n. _____ ; per il periodo dal mese di _____ al mese di _____ (massimo 11 mesi).

5. che il minore frequenterà la struttura *(barrare la casella interessata)*: ☐

☐ part-time : ☐ tempo pieno

6. di impegnarmi a comunicare al Comune di residenza e all'Ambito territoriale di Soverato eventuali motivi che facciano venir meno il diritto all "acquisto posto – prima infanzia" *(es. trasferimento di residenza in altro Ambito, ritiro del minore dalla struttura, altro).*

*1 N.B.: si considerano "nuclei monoparentali" i nuclei familiari costituiti da un solo genitore e dai figli.
La condizione di "genitore solo" è riconosciuta nei seguenti casi, risultanti da un provvedimento formale:
• morte dell'altro genitore;

• abbandono del figlio;
• affidamento esclusivo del figlio ad un solo genitore;
• non riconoscimento del figlio da parte dell'altro genitore
specificata dalle circolari della direzione generale dell'INPS n. 109 /2000 e n. 8/2003

Io sottoscritto, in relazione a quanto previsto dal D.Lgs. 196 del 30 Giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), esprimo il mio consenso alla raccolta ed al trattamento dei dati nella presente dichiarazione riportati, entro i limiti e secondo le finalità previste dalla stessa legge.

Luogo e data, _____

IL DICHIARANTE
_____*

* la firma non deve essere autenticata. A pena di esclusione dovrà essere allegata la fotocopia, anche non autenticata, di un documento di identità non scaduto del dichiarante.
Alla domanda vengono allegati i seguenti documenti (*barrare le caselle interessate*):

1. Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
2. Copia della Carta di soggiorno o permesso di lunga durata (ex permesso di soggiorno) di durata non inferiore ad un anno alla data della presentazione della domanda, come previsto dall'art. 41 D.L.gs. 25/07/98 n. 286 e successive modifiche ed integrazioni;
3. Certificazione richiesta per la presenza di soggetti portatori di handicap nel nucleo familiare, tipologia del nucleo familiare, condizione lavorativa dei genitori, segnalazione di disagio grave.
4. Attestazione I.S.E.E.

Attesto altresì che:☐

☐ La presente domanda è debitamente compilata in tutte le sue parti;☐

☐ Sono stati presentati e allegati alla presente domanda gli allegati sopra previsti;☐

☐ Altro specificare _____

IL DICHIARANTE
_____*