



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE
Direzione Generale delle Politiche Sociali



obiettivo competitività regionale e occupazione

AL COMUNE DI _____

(indicare il proprio comune di residenza)

**ALLEGATO 1 - MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO
CONTRIBUTI RELATIVI AL PERIODO 01/09/2010 - 31/07/2011**

POR Sardegna FSE 2007-2013 - "ORE PREZIOSE 2010-2011".

Avviso pubblico per l'erogazione di contributi per la fruizione di servizi alla prima infanzia

Il sottoscritto.....
nato ail.....codice fiscale.....
residente aProv.....CAP.....
Via.....N.....
tel.....e.mail.....

in qualità di

padre madre altro (specificare) _____

di (nome e cognome del bambino).....
nato ail.....codice fiscale.....
residente aProv.....CAP.....
Via.....N.....

CHIEDE

di essere ammesso alla concessione del contributo per la fruizione di servizi alla prima infanzia presso strutture e servizi autorizzati finalizzato alla conciliazione tra vita familiare e lavorativa.
A tal fine

DICHIARA:

QUADRO A - Informazioni sull'attività lavorativa del destinatario richiedente (OBBLIGATORIO)

Professione:
Tipo di lavoro: <input type="checkbox"/> autonomo <input type="checkbox"/> subordinato / parasubordinato
In caso di lavoro autonomo
Partita IVA:

In caso di lavoro subordinato o parasubordinato	
Datore di lavoro:	_____
	Denominazione _____
	Via _____ Comune _____ Prov _____
	Recapiti _____

QUADRO B - Informazioni sull'attività lavorativa del genitore non richiedente (Facoltativo)

Da compilarsi solo se si richiede l'attribuzione del punteggio anche per l'altro genitore non richiedente

Cognome:	_____	
Nome:	_____	
Codice fiscale:	_____	
Professione:	_____	
Tipo di lavoro:	<input type="checkbox"/> autonomo	<input type="checkbox"/> subordinato / parasubordinato

In caso di lavoro autonomo	
Partita IVA:	_____
In caso di lavoro subordinato o parasubordinato	
Datore di lavoro:	_____
	Denominazione _____
	Via _____ Comune _____ Prov _____
	Recapiti _____

QUADRO C – Dichiaro che i mesi per i quali si chiede l'erogazione del contributo **sono comprovati dai certificati di frequenza allegati alla presente domanda** e sono i seguenti (*barrare le caselle di interesse*):

Settembre 2010	<input type="checkbox"/>	Marzo 2011	<input type="checkbox"/>
Ottobre 2010	<input type="checkbox"/>	Aprile 2011	<input type="checkbox"/>
Novembre 2010	<input type="checkbox"/>	Maggio 2011	<input type="checkbox"/>
Dicembre 2010	<input type="checkbox"/>	Giugno 2011	<input type="checkbox"/>
Gennaio 2011	<input type="checkbox"/>	Luglio 2011	<input type="checkbox"/>
Febbraio 2011	<input type="checkbox"/>		

QUADRO D - Dichiaro che il proprio nucleo familiare, comprovato dall'attestazione ISEE allegata, è composto dalle seguenti persone:

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante (moglie, marito, figlio, etc)

QUADRO E - Dichiaro di essere disposto a farsi carico degli obblighi in materia di comunicazione dei dati di monitoraggio fisico, finanziario e procedurale previsti dalle norme in vigore sull'utilizzo di finanziamenti del Fondo Sociale Europeo, secondo le disposizioni che saranno appositamente impartite dal Beneficiario, dal Responsabile di Linea o dalle Autorità del POR FSE 2007/2013

QUADRO F - Dichiaro che nel periodo di riferimento per il quale si richiede il contributo è in possesso dei seguenti requisiti validi per l'attribuzione del punteggio comprovati dalla documentazione allegata:

REQUISITI INERENTI LA SITUAZIONE FAMILIARE

A1) minore interessato dal contributo con handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 *(eventualmente barrare la casella)*;

A2) numero di persone, escluso il minore interessato dal contributo, presenti nel nucleo familiare con handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 *(eventualmente indicare il numero di persone)*;

A3) minore interessato dal contributo orfano di un genitore (tranne se convivente in un nucleo familiare dove è presente il coniuge o il convivente del genitore superstite) *(eventualmente barrare la casella)*;

A4) minore interessato dal contributo riconosciuto solo dal genitore dichiarante (tranne se convivente in nucleo familiare dove è presente il coniuge o il convivente del genitore dichiarante) *(eventualmente barrare la casella)*;

A5) numero di minori a carico, oltre il bambino interessato, di età compresa tra 0 e i 5 anni (fino al compimento del sesto anno di età escluso) (NB: il bambino interessato dal contributo non va conteggiato) *(eventualmente indicare il numero di persone)*;

A6) Madre del minore in stato di gravidanza nel periodo di riferimento *(eventualmente barrare la casella)*;

A7) numero di minori a carico di età compresa tra i 6 e i 9 anni (fino al compimento del 10 anno di età escluso) *(eventualmente indicare il numero di persone)*;

REQUISITI INERENTI LA SITUAZIONE LAVORATIVA

B1) numero genitori impegnati in attività lavorativa *(indicare il numero di persone)*

QUADRO F – Dichiaro che la struttura/servizio in contesto domiciliare frequentato dal bambino:

- nido d'infanzia
- micronido
- sezioni primavera
- sezioni sperimentali
- mamma accogliente (servizio in contesto domiciliare)
- educatore familiare (servizio in contesto domiciliare)

Nome della struttura/servizio.....

Via

CAP..... Comune..... PROV

telefono

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE DA COMPILARSI OBBLIGATORIAMENTE

STRUTTURA/SERVIZIO AUTORIZZATO STRUTTURA/SERVIZIO **NON** AUTORIZZATO

Estremi dell'autorizzazione della struttura/servizio (se autorizzata)

Aut. provvisoria Aut. definitiva Atto nr del.....

QUADRO I - Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che i dati dei soggetti di cui la Regione Autonoma della Sardegna e l'Amministrazione comunale entrano in possesso verranno trattati nel rispetto del Decreto legislativo 196/2003.

QUADRO L - Dichiaro che, come comprovato dall'attestazione allegata, il proprio ISEE è pari a euro .

QUADRO M - Dichiaro di non aver già fruito, per la fruizione degli stessi servizi, di una misura di sostegno comunitario o nazionale

QUADRO N - Dichiaro di avere letto tutto l'avviso Ore Preziose – Anno Educativo 2010/2011

QUADRO O - Dichiaro di avere compilato tutti i quadri della presente domanda di contributo

CHIEDE, INOLTRE

che il contributo venga erogato

- tramite c/c bancario/postale alle seguenti coordinate – IBAN
- tramite assegno circolare
- altro (specificare)

A tal fine **SI ALLEGA** (barrare le caselle di interesse):

> (**obbligatorio per tutti**) certificazione del reddito familiare annuo, con attestazione ISEE come stabilito dall'art. 6 dell'avviso – **in assenza del documento la domanda sarà ritenuta automaticamente non ammissibile;**

> (**obbligatorio per tutti**) copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità - **in assenza del documento la domanda sarà ritenuta automaticamente non ammissibile;**

> (**obbligatorio per tutti**) certificati comprovanti l'effettiva e regolare frequenza del bambino durante il periodo di riferimento rilasciati dalla struttura/servizio per l'infanzia secondo il modello di cui all'allegato 4 - **in assenza del documento la domanda sarà ritenuta automaticamente non ammissibile per ogni mese per cui è assente il certificato di frequenza;**

(**obbligatorio per i destinatari richiedenti lavoratori subordinati o parasubordinati**): buste paga o certificazione di servizio del datore di lavoro da cui si deduca chiaramente la data di assunzione e, eventualmente quella di cessazione del rapporto - **in assenza del documento la domanda sarà ritenuta automaticamente non ammissibile;**

(**obbligatorio per i destinatari richiedenti lavoratori autonomi**): attestazione di iscrizione al registro camerale o ad un albo professionale o attestazione di attribuzione della partita Iva da parte dell'Agenzia delle Entrate da cui si deduca chiaramente la data di inizio e, eventualmente quella di cessazione dell'attività di lavoro - **in assenza del documento la domanda sarà ritenuta automaticamente non ammissibile;**

(**per i genitori non richiedenti lavoratori subordinati o parasubordinati**): buste paga o certificazione di servizio del datore di lavoro da cui si deduca chiaramente la data di assunzione e, eventualmente quella di

cessazione del rapporto - **in assenza del documento alla domanda non verrà attribuito il relativo punteggio;**

(per i per i genitori non richiedenti lavoratori autonomi): attestazione di iscrizione al registro camerale o ad un albo professionale o attestazione di attribuzione della partita Iva da parte dell'Agenzia delle Entrate da cui si deduca chiaramente la data di inizio e, eventualmente quella di cessazione dell'attività di lavoro - **in assenza del documento alla domanda non verrà attribuito il relativo punteggio;**

certificazione ASL ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992 delle persone interessata in caso di richiesta di punteggio di cui all'art. 5 punti A1 e A2 dell'avviso - **in assenza del documento alla domanda non verrà attribuito il relativo punteggio;**

adeguata documentazione comprovante la situazione in cui il minore sia orfano di un genitore in caso di richiesta di punteggio di cui all'art. 5 punti A3 dell'avviso (certificato di nascita con maternità e paternità + certificato di morte; attenzione: per l'attribuzione del punteggio nel nucleo familiare cui appartiene il minore non deve essere presente il coniuge o il convivente del genitore superstite) - **in assenza dei documenti alla domanda non verrà attribuito il relativo punteggio;**

adeguata documentazione comprovante la situazione in cui il minore sia riconosciuto solo dal genitore dichiarante in caso di richiesta di punteggio di cui all'art. 5 punti A4 dell'avviso(certificato di nascita con maternità o paternità; attenzione: per l'attribuzione del punteggio nel nucleo familiare cui appartiene il minore non deve essere presente il coniuge o il convivente del genitore) - **in assenza del documento alla domanda non verrà attribuito il relativo punteggio;**

certificato medico comprovante lo stato di gravidanza della madre di cui di cui all'art. 5 punti A6 dell'avviso; - **in assenza del documento alla domanda non verrà attribuito il relativo punteggio**

altra documentazione (specificare)

Il sottoscritto è consapevole che in caso di falsa dichiarazione sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Luogo e data _____

FIRMA



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE
Direzione Generale delle Politiche Sociali



FES. 2004-2011
POR SARDEGNA
obiettivo competitività regionale e occupazione

Denominazione struttura

Indirizzo Comune

Estremi provvedimento di autorizzazione al funzionamento (tipo, numero, data, rilasciata da)

ALLEGATO 9 ATTESTATO DI ISCRIZIONE E FREQUENZA

Si attesta che il minore (indicare nome e cognome)

nato il a Codice fiscale

E' iscritto presso questa struttura dal (indicare data)/...../.....

e ha frequentato regolarmente¹ la struttura/servizio per l'infanzia (specificare quale):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nido d'infanzia | <input type="checkbox"/> sezioni primavera |
| <input type="checkbox"/> micronido | <input type="checkbox"/> sezioni sperimentali |
| <input type="checkbox"/> mamma accogliente (servizio in contesto domiciliare) | <input type="checkbox"/> educatore familiare (servizio in contesto domiciliare) |

nel Mese di _____ Anno _____

nei seguenti giorni (barrare con una X i giorni di frequenza):

MESE	N.RO GIORNI FREQUENZA	MESE	N.RO GIORNI FREQUENZA
SETTEMBRE 2010		MARZO	
OTTOBRE 2010		APRILE	
NOVEMBRE 2010		MAGGIO	
DICEMBRE 2010		GIUGNO	
GENNAIO 2011		LUGLIO 2011	
FEBBRAIO 2011			

Il sottoscritto dichiara sotto la sua responsabilità che le presenze sono reali e possono essere verificate dal registro presenze del servizio per l'infanzia (o altro documento equivalente).

Il sottoscritto è consapevole che in caso di falsa dichiarazione sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, il destinatario del contributo decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Luogo e data _____

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

¹ Per "regolarmente" si intende la frequenza della struttura/servizio dell'infanzia per almeno 10 giorni al mese. ATTENZIONE: l'attestato compilato in modo incompleto o non corretto comporterà la non ammissibilità del contributo per il mese corrispondente