

Spett. Le

Airone Cooperativa Sociale di Assistenza onlus
Via Ettore Sacchi 100/A
07046 Porto Torres

Oggetto: Domanda di iscrizione minore/i a valere sull’Avviso Pubblico “**Conciliazione Estate 2015**” – POR FSE 2007/2013 – Asse II Occupabilità, linea f.2.1 “Incentivi per favorire la conciliazione con il lavoro di cura familiare” pubblicato dalla Direzione Servizio Attuazione Politiche Sociali Comunitarie, Nazionali e Regionali dell’Assessorato all’Igiene, Sanità e dell’Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente nel Comune di: _____ Prov. _____ CAP _____

Via/Piazza _____

In qualità di (specificare tra genitore/tutore del/dei minore/i) _____

CHIEDE

di iscrivere il minore _____ (indicare nome e cognome del minore), nato/a a _____ (indicare luogo di nascita), il ____/____/____, residente nel Comune di _____, Prov. _____ (indicare la Provincia), Via _____ ai servizi oggetto dell’Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015) denominato **R_Estiamo a Sorso**;

Di ricorrere ai suddetti servizi per n. _____ settimane consecutive (limite massimo 5 settimane) in uno dei due periodi di riferimento come di seguito indicati (barrare le caselle corrispondenti alle settimane prescelte):

Periodo dal 29 giugno - 31 luglio 2015				
29/06 – 03/07 <input type="checkbox"/>	06/07 – 10/07 <input type="checkbox"/>	13/07 – 17/07 <input type="checkbox"/>	20/07 – 24/07 <input type="checkbox"/>	27/07 – 27/31 <input type="checkbox"/>

o,

Periodo dal 1 agosto al 4 settembre 2015				
03/08 – 07/08 <input type="checkbox"/>	10/08 – 14/08 <input type="checkbox"/>	17/08 – 21/08 <input type="checkbox"/>	24/08 – 28/08 <input type="checkbox"/>	31/08 – 04/09 <input type="checkbox"/>

- Di ricorrere al servizio aggiuntivo di sostegno alla disabilità (se previsto) SI NO
- Di ricorrere al servizio aggiuntivo di trasporto (se previsto) SI NO

(Da compilare nel caso di iscrizione del secondo minore)

- Di iscrivere il minore _____ (indicare nome e cognome del minore), nato/a a _____, il ____/____/____, residente nel Comune di _____, Prov. _____, Via _____ ai servizi oggetto dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015);

Di ricorrere ai suddetti servizi per n. ____ settimane consecutive (limite massimo 5 settimane) in uno dei due periodi di riferimento come di seguito indicati (barrare le caselle corrispondenti alle settimane prescelte):

Periodo dal 29 giugno - 31 luglio 2015				
29/06 – 03/07 <input type="checkbox"/>	06/07 – 10/07 <input type="checkbox"/>	13/07 – 17/07 <input type="checkbox"/>	20/07 – 24/07 <input type="checkbox"/>	27/07 – 27/31 <input type="checkbox"/>

o,

Periodo dal 1 agosto al 4 settembre 2015				
03/08 – 07/08 <input type="checkbox"/>	10/08 – 14/08 <input type="checkbox"/>	17/08 – 21/08 <input type="checkbox"/>	24/08 – 28/08 <input type="checkbox"/>	31/08 – 04/09 <input type="checkbox"/>

- Di ricorrere al servizio aggiuntivo di sostegno alla disabilità (se previsto) SI NO
- Di ricorrere al servizio aggiuntivo di trasporto (se previsto) SI NO

Consapevole delle conseguenze penali e amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ivi compresa la decadenza immediata dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- di essere consapevole che su quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- di essere residente in Sardegna;
- di avere n. _____ minori a carico di età compresa **fra i 5 e i 14 anni** al momento dell'iscrizione al servizio;
- di essere titolare di: *(selezionare la casella pertinente)*
 - regolare contratto di lavoro subordinato;
 - regolare contratto di lavoro parasubordinato;
 - di esercitare un'attività di lavoro autonomo attestata;
- di rendersi disponibile a fornire, su richiesta degli organi competenti, la documentazione comprovante i requisiti sopra indicati;
- di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'accesso ai servizi socio-educativi, ludico-ricreativi, sportivi e ai servizi outdoor di cui all'Avviso pubblico Conciliazione Estate 2015 e dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015) ed accettato, senza riserva alcuna, tutte le condizioni;
- di ricorrere ai servizi oggetto dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015) per un numero di **minori** a carico pari a ____ *(indicare il numero di minori per i quali è presentata la richiesta di iscrizione)* conformemente alle modalità di accesso ai servizi secondo le regole e nei limiti di cui all'art. 3 del citato Avviso;
- di conservare tutta la documentazione fino a 3 (tre) anni successivi alla chiusura del Programma, ai sensi dell'art. 90 del Reg. (CE) n. 1083/2006 e successive modifiche, e di rendersi disponibile a qualsivoglia richiesta di controlli, di informazioni, di dati, di documenti, di attestazioni o dichiarazioni;
- di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità di cui all'articolo 10 dell'Avviso;
- di aver presentato domanda di iscrizione, per il/i succitato/i minore/i, anche, presso gli Operatori:

Ragione Sociale Operatore**Indirizzo**

1)

-

-

2) _____

–

–

- di ricorrere ai servizi oggetto dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015) esclusivamente presso un unico Operatore;
- di comunicare, in caso di contestuale ammissione alle graduatorie di più Operatori (nel limite delle 3 richieste consentite), esplicita rinuncia secondo le modalità stabilite nell'avviso ad uno dei due o a due dei tre Operatori ai quali è stata presentata istanza di iscrizione entro e non oltre il termine stabilito nel citato avviso;
- di non percepire altri contributi a copertura della stessa spesa.

Luogo e data _____

Firma Genitore/Tutore

.....

Allega:

- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto dichiarante
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità del/i minore/i
- Nel caso di ricorso a servizi aggiuntivi per disabili, allegare copia del certificato di disabilità rilasciato dagli uffici competenti attestante la disabilità del minore partecipante.

N.B. Da consegnare tramite raccomandata A/R al seguente indirizzo:

Airone Cooperativa Sociale di Assistenza onlus

Via Ettore Sacchi 100/A

07046 Porto Torres

Entro e non oltre il 22 giugno 2015