

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER DONNE INTERESSATE ALL'OTTENIMENTO DI VAUCHER DI SERVIZI NELL'AMBITO DEL PREPROGRAMMA 'CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO' – PCDM – DPO INTESA 2 (25.10,2012) EX ART. 36 COMMA 2 LETTERA a) D.LGS. 50/2016.

La Sottoscritta _____
nata a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ ,
codice fiscale n. _____ tel. n. _____ / _____ ,

CHIEDE

Di essere ammessa ad usufruire del beneficio per la realizzazione dell'intervento previsto dal programma "conciliazione dei tempi di vita e di lavoro" essendo residente in uno dei comuni appartenenti al Distretto Socio Sanitario Nord, capofila Comune di Caulonia.

A tale scopo, sotto la propria responsabilità e consapevole che le dichiarazioni mendaci saranno punite penalmente, ai sensi e per effetto dell'art.76 del D.P.R. n.445 del 28.12.2000 e successive modificazioni

DICHIARA

di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni:

- Di essere lavoratrice dipendente o autonoma anche con contratto di lavoro "atipico" e/o a tempo determinato, ovvero inoccupata/disoccupata con attività di formazione in corso;
- Di avere una situazione economica-patrimoniale non superiore a 10.000 euro (ISEE in corso di validità);
- Di avere n. _____ figli minori a carico (compresi minori affidati conviventi) di età non superiore a 10 anni, ovvero di età non superiore ai 18 anni con una percentuale di invalidità accertata di almeno il 74%;
- Di avere nel nucleo familiare la presenza di persone anziane e non autosufficienti che non godono dell'indennità di accompagnamento;
- Qualora uno o più requisiti sopra indicati venissero meno si impegna a comunicare tale variazione tempestivamente.

Allega alla presente tutta la documentazione necessaria alla valutazione dell'istanza per come previsto dall'avviso pubblico e qui di seguito riportata:

1. Mod. ISEE in corso di validità;
2. Copia del documento d'identità in corso di validità;
3. Documentazione attestante la situazione occupazionale (es. copia contratto di lavoro, ultima busta paga, lettera di assunzione, certificazione di attribuzione della partita IVA, ecc);
4. Copia del titolo di soggiorno per le lavoratrici immigrate extra UE;
5. In caso di presenza di soggetti disabili o invalidi:
Copia della relativa attestazione di disabilità/invalidità rilasciata dalla Competente Commissione Sanitaria;

_____, li _____

Firma

La sottoscritta, inoltre, autorizza l'Ufficio di Piano al trattamento dei dati personali solo per fini istituzionali e necessari per l'espletamento del procedimento amministrativo relativo alla presente domanda, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003.

_____, li _____

Firma
