



ALLEGATO A

MODELLO DI DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER PER SERVIZI INFANZIA (0 - 36 MESI E 3 – 12 ANNI) A VALERE SUI FONDI POR CAMPANIA FSE 2014-2020

AVVISO PUBBLICO "ACCORDI TERRITORIALI DI GENERE" OBIETTIVI SPECIFICI 3 (R.A. 8.2) E 9 (R.A. 9.3) APPROVATO CON D.D. N. 67 DEL 15/04/2016"

PROGETTO "The Time is life"

IL SOTTOSCRITTO/A _____
(COGNOME E NOME)

NATO/A a _____ il _____

GRADO DI PARENTELA/RELAZIONE _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE in _____ Via _____

TEL.CASA _____ CELL. _____ E-mail _____

(È obbligatorio indicare almeno un recapito telefonico)

ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R: 28 dicembre 2000 n. 445 consapevole delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, falsità in atto e uso di atti falsi, così come disposto dall'art.76 del citato D.P.R. n.445/2000 dichiara:

IN QUALITÀ DI GENITORE//TUTORE di: (nel caso di più figli compilare e allegare altro foglio)

DATI DEL BAMBINO/A

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A a _____ il _____

RESIDENTE a _____ VIA _____

CHIEDE di ottenere i seguenti servizi (sottolineare i servizi interessati):

≡ Servizi 3-12 anni : 3.325 buoni; 40 destinatarie
Ludoteca, Centro per bambini e le famiglie, Centro estivo e Centro estivo con vitto.

≡ Servizi 0-36 mesi : 1.383 buoni; 20 destinatarie
Nido, Micro-nido, Centro per i bambini e le famiglie e Ludoteca per la Prima Infanzia.

DICHIARA

- di conoscere e compilare le seguenti Tabelle "A" "B" e "C" CRITERI E PUNTEGGI PER L'AMMISSIONE AI SERVIZI;
- di verificare autonomamente l'ammissione de/i proprio figlio/i sui siti di riferimento menzionati nel bando;

A -CARATTERISTICHE DEL NUCLEO FAMILIARE		X
A1. NUMERO DEI FIGLI		
Per ogni figlio fino a 36 mesi	6	



Per ogni figlio da 3a 12 anni	3	
A2. Presenza di patologie sanitarie /psicologiche di uno o più minori presenti nel nucleo familiare (esibizione del certificato specialistico rilasciato dall' Asl)	20	
A3 Presenza di un membro in famiglia in possesso di requisiti di invalidità : padre , madre , fratello, sorella invalidi (esibizione del certificato specialistico rilasciato dalla Commissione Invalidi Civili)		
Invalidità dal 46 % ed inferiore ai 2/3	10	
Invalidità superiore ai 2/3	20	
Invalidità pari al 100%	30	
A4. Presenza di un membro della famiglia in una delle seguenti condizioni : ex detenuto , arresti domiciliari , misure alternative al carcere	10	
A5. Nucleo Monoparentale		
Vedovo/a	25	
Celibe/nubile	30	
Legalmente separato/a, divorziato/a come previsto dal DPCM 221/99 e successive modifiche	20	
Nubile/celibe con figlio/i riconosciuto/i dall' altro genitore non convivente	20	

B- CARATTERISTICHE DELLA CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		
B1. Nucleo familiare in cui lavora 1 solo genitore	10	
B2. Nucleo familiare in cui lavorano entrambi genitori	5	
B3.inoccupato/disoccupato	15	

C- CARATTERISTICHE REDDITUALI E PATRIMONIALI (ALLEGARE MODELLO ISEE)		
C1. Reddito ISEE €0,00<3.000,00	30	
C2. Reddito ISEE 3.000,00<7.000,00	25	
C1. Reddito ISEE €7.000,00<12.000,00	20	
C1. Reddito ISEE <12.000,00	15	

SI ALLEGA ALLA DOMANDA:

- € copia del documento di identità e del codice fiscale del richiedente;
- € copia del codice fiscale del minore;
- € attestazione I.S.E.E.;
- € Attestazione che accerti la disabilità o il disagio;

Dopo la pubblicazione della graduatoria, in caso di ammissione favorevole del proprio figlio, il genitore/tutore avrà cura di perfezionare la documentazione richiesta dall'amministrazione comunale.

DATA _____

FIRMA