**AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE**

**PER L’EROGAZIONE DI BUONI SERVIZIO RIVOLTO ALLE DONNE CON FIGLI DI ETA’ COMPRESA FRA 3-12 ANNI E/O FIGLI DI ETA’ COMPRESA TRA 0-36 MESI**

***Accordo Territoriale di Genere “Lavoro alle donne dell’Alta Irpinia”***

*cod.prog.16043AP000000009 cod. ufficio 123 CUP n. B31D1700001309*

*Intervento azione 3) erogazione di buoni per l’acquisto di posti in servizi di cura socio-educativi*

*rivolti ai bambini di età compresa tra 3-12 anni e a bambini di età compresa tra 6-36 m*

**Allegato A – Modello Di Domanda**

Al Direttore del Consorzio dei Servizi Sociali "Alta Irpinia"

Via Torricella n. 5 - 83047 Lioni (AV)

Il/la sottoscritto/a……………………………………………………………………. …………………………….. Cod.F..………………………………………..n° Carta identità……………………residente a………………  via……………………………………………..………Tel…………………………

cell……………………………………………e-mail……..……………………………………….

**CHIEDE**

di partecipare all’Avviso avviso pubblico di selezione per l’erogazione di buoni servizio rivolto alle donne con figli di eta’ compresa fra 3-12 anni e/o figli di eta’ compresa tra 0-36 mesi a valere sull’ ***Accordo Territoriale di Genere “Lavoro alle donne dell’Alta Irpinia” – Intervento 3),*** all’uopo

**DICHIARA ai sensi degli artt.46 e ss. del DPR n.445/00 :**

che la propria famiglia convivente si compone di:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cognome e nome | \* rapporto di parentela | Stato civile | Comune di nascita | Data di nascita |
| 1.dichiarante |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |

Totale numero persone componenti il nucleo familiare N°…………………

**Il / la sottoscritto / a dichiara, inoltre, che :**

* **la situazione lavorativa del proprio nucleo familiare è la seguente** ( la compilazione è obbligatoria)

**PADRE: MADRE :**

Professione……………………… Professione ………………………………………..

Sede…………………………… tel…………… Sede…………………………… tel……………

* che nel nucleo familiare sono presenti figli portatori di handicap o con difficoltà di apprendimento

**Il sottoscritto/a** (i cui dati anagrafici sono riportati nel presente modulo) **dichiara che quanto affermato in ogni parte della presente domanda corrisponde al vero.**

**Dichiara, Inoltre**:

* **di essere a conoscenza della responsabilità penale in caso di dichiarazione mendace o esibizione di atto falso, puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445 del 28 novembre 2000, ed è consapevole del fatto che, qualora emergesse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante perderà di diritto i benefici ottenuti;**
* **di aver preso visione dell’avviso pubblico e di accettarlo in tutte le sue parti;**
* **di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Consorzio dei Servizi Sociali "Alta Irpinia" ogni variazione contenuta nella presente domanda.**

**Informativa :**

I dati personali raccolti saranno trattati e diffusi anche con strumenti informatici soltanto per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell’Ente ai sensi dell’art.18, comma 2, D.Lgs. n.196/2003 ;

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Allegano alla presente:

* Copia documento di identità
* Eventuali certificazioni mediche attestanti un particolare stato di salute del bambino (disabilità, difficoltà di apprendimento, etc..)
* Certificato medico sullo stato generale di salute con attestazione di assenza di malattie infettive e di regolarità delle vaccinazioni
* Certificazione ISEE in corso di validità
* Eventuali attestazioni di personale competente su situazione di particolare disagio