



**DISTRETTO DI SANLURI**

Comuni di Barumini, Collinas, Furtai, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona,  
Pauli Arbarei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili,  
Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca;  
Azienda Sanitaria Locale n° 6 – Sanluri;  
Provincia del Medio Campidano;

**UFFICIO DI PIANO**

**Via A.R. Villasanta, 17 - tel. 070.9383308/310- e-mail ufficiodipianosanluri@gmail.com**

**SCADENZA: 31.03.2016**

Al Responsabile dell'Ufficio  
per la Programmazione e la Gestione  
dei Servizi alla Persona  
del Comune di Sanluri

**OGGETTO: RICHIESTA DI EROGAZIONE DEL "VOUCHER FAMIGLIE PER L'ACQUISIZIONE DI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA". ANNUALITA' 2015**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Recapito Telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**(NB: obbligatorio indicare un recapito telefonico o indirizzo e-mail)**

**CHIEDE**

Di essere ammess\_ alla concessione del Voucher famiglie per l'acquisizione di servizi per la prima infanzia per il/la propri\_ figli \_\_\_\_\_  
*(Si invitano i genitori con più di un figlio interessato a presentare una domanda per ogni figlio)*

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del dpr 445/2000, e della decadenza dai benefici qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione ai sensi dell'articolo 75 del dpr 445/2000, sotto la propria personale responsabilità

**DICHIARA**

ai sensi degli artt. 46 e 47 dpr 445/2000  
*(barrare le caselle che interessano)*

1) Di essere:

☐ lavoratore subordinato con la seguente tipologia contrattuale \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ lavoratore parasubordinato con la seguente tipologia contrattuale \_\_\_\_\_

Presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ lavoratore autonomo \_\_\_\_\_

Con n. di Partita Iva \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

## ALLEGATO B

☐ studente universitario regolarmente iscritto presso la facoltà di \_\_\_\_\_  
dell'Università \_\_\_\_\_ n. di esami sostenuti nel 2015 \_\_\_\_\_

☐ impegnato in attività formativa presso l'Ente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ affetto da disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;  
**(NB: in caso di più rapporti di lavoro e/o formazione nel corso del 2015 è necessario riportarli tutti).**

2) Che il coniuge/convivente è:

☐ lavoratore subordinato con la seguente tipologia contrattuale \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ lavoratore parasubordinato con la seguente tipologia contrattuale \_\_\_\_\_  
Presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ lavoratore autonomo \_\_\_\_\_  
Con n. di Partita Iva \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ studente universitario regolarmente iscritto presso la facoltà di \_\_\_\_\_  
dell'Università \_\_\_\_\_ n. di esami sostenuti nel 2014 \_\_\_\_\_

☐ impegnato in attività formativa presso l'Ente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

☐ affetto da disabilità grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992;  
**(NB: in caso di più rapporti di lavoro e/o formazione nel corso del 2015 è necessario riportarli tutti).**

3) che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal sottoscritto, dalle seguenti persone:

Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Rapporto con il dichiarante

4) Che la struttura autorizzata presso la quale si è usufruito del servizio è la seguente:

- ☐ nido d'infanzia
- ☐ micronido
- ☐ sezioni primavera
- ☐ sezioni sperimentali

Nome della struttura \_\_\_\_\_

## ALLEGATO B

Indirizzo \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**(NB la struttura deve essere autorizzata ai sensi della L.R. 23/2005 e D.P.G.R. 4/2008).**

5) che nel corso del 2015 i mesi di fruizione del servizio sono stati i seguenti:

☐ Gennaio ☐ Febbraio ☐ Marzo ☐ Aprile ☐ Maggio ☐ Giugno

☐ Luglio ☐ Agosto ☐ Settembre ☐ Ottobre ☐ Novembre ☐ Dicembre

E che l'ammontare complessivo della spesa sostenuta per l'acquisto del servizio è pari a € \_\_\_\_\_;

6) Di essere in possesso dei seguenti requisiti validi per l'attribuzione del punteggio:

requisiti inerenti la situazione familiare:

☐ Minore (destinatario del servizio per la prima infanzia) affetto da disabilità ai sensi della Legge 104/1992: La certificazione attestante la condizione è stata rilasciata da ENTE \_\_\_\_\_ Certificazione N° \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

☐ presenza nel nucleo familiare di n. \_\_\_\_\_ disabili ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3:

La certificazione attestante la condizione è stata rilasciata a favore di \_\_\_\_\_  
da ENTE \_\_\_\_\_ Certificazione N° \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

☐ presenza nel nucleo familiare di n. \_\_\_\_\_ disabili ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 1:

La certificazione attestante la condizione è stata rilasciata a favore di \_\_\_\_\_  
da ENTE \_\_\_\_\_ Certificazione N° \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

☐ presenza nel nucleo familiare di ulteriori n. \_\_\_\_\_ minori in fascia 3-36 mesi;

☐ presenza nel nucleo familiare di n. \_\_\_\_\_ minori in fascia 3- 5 anni;

☐ Il nucleo costituisce una famiglia monoparentale;

**(NB Il punteggio sarà attribuito in misura direttamente proporzionale al periodo di possesso del requisito mediante opportuna frazione. I periodi superiori a 15 gg saranno arrotondati al mese).**

requisito inerente la situazione economica

☐ Valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E. 2016) del nucleo familiare complessivo calcolato ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013, pari a € \_\_\_\_\_;

7) di non aver percepito altri finanziamenti erogati da enti pubblici o privati per la copertura della stessa spesa;

8) chiede inoltre che nel caso di esito positivo della domanda, la liquidazione del contributo spettante avvenga tramite:

## ALLEGATO B

☐ ACCREDITO SU C/C BANCARIO o POSTALE con la consapevolezza che le spese per le relative operazioni bancarie saranno a proprio carico.

c/c n° \_\_\_\_\_ della banca \_\_\_\_\_

filiale di \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

codice IBAN \_\_\_\_\_

**(NB L'intestatario del conto corrente DEVE coincidere con il richiedente).**

☐ RIMESSA DIRETTA a proprio favore (per importi inferiori a € 1.000,00);

### SI ALLEGA

- copia del documento di identità in corso di validità.
- la certificazione ISEE ai sensi del D.P.C.M. n. 159 del 5 dicembre 2013;
- documento che attesta l'avvenuto pagamento del servizio per la prima infanzia;

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

Firma

\_\_\_\_\_

### Trattamento dati personali

I dati dei quali il Comune di Sanluri nella sua qualità di ente capofila gestore del PLUS Distretto di Sanluri entrerà in possesso a seguito del presente avviso verranno trattati nel rispetto del D.lgs. 196/03 e successive modifiche. Ai sensi del D.lgs. 30/06/2003 n 196 , si informa che:

- il trattamento dei dati sarà effettuato, nei limiti necessari a perseguire le sopra citate finalità ,con modalità e strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei concorrenti;
- sono riconosciuti i diritti di cui all'art.7 della legge 196/2003 "codice in materia di dati personali".

Si autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 196/2003 e successive modifiche, il Comune di Sanluri nella sua qualità di ente capofila gestore del PLUS Distretto di Sanluri al trattamento dei dati personali, per l'istruzione della pratica relativa all'attribuzione del Voucher famiglie per l'acquisizione di servizi per la prima infanzia.

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

Firma

\_\_\_\_\_