



Marca da
bollo da
€ 14,62

MODULO RICHIESTA
e
DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(D.P.R.445/2000)

(VERSIONE GENNAIO 2009 AGGIORNATA)

La presente domanda, anche se rivolta alla Provincia di Arezzo, deve essere presentata al Comune di residenza o domicilio

Alla Provincia di Arezzo
Area Lavoro e Formazione Professionale
Presso Comune di

Servizio Sociale

Oggetto:

Domanda assegnazione buoni "Mary Poppins" POR OB2

La Sottoscritta:

Nome e Cognome

Nata ail

Codice fiscale

Residente in via n..... loc.

Cap. Comune.....Prov. (.....)

Telefono fisso Cellulare

Email

Se libera professionista, indicare il numero di Partita IVA

(compilare solo se diverso dalla residenza)

Domiciliata in via..... loc.

Cap. Comune.....Prov. (.....)

In relazione al bando emanato dalla Provincia di Arezzo a cura del Servizio Formazione Professionale (rif det n. 694/FL del 16/10/2008 e succ. modifiche e integrazioni con det n. 788/FL del 14/11/08 e n. 39/FL del 21/01/09)

CHIEDE

L'attribuzione di un contributo, mediante assegnazione di **buoni**, per servizi di cura per minori **erogati da operatori/ci dell'elenco Mary Poppins, del valore di €. 4,00 per ogni ora di servizio a fronte della spesa di oraria di €7,00, previsti per la zona Socio sanitaria ove risiedo, o (in sub ordine) sono domiciliata e precisamente:**

- Zona Socio-Sanitaria di Arezzo
- Zona Socio-Sanitaria Casentino
- Zona Socio-Sanitaria Valdarno
- Zona Socio-Sanitaria Valdichiana
- Zona Socio-Sanitaria Valtiberina

il numero di buoni richiesti è:

- n. 150 per primo figlio**
- n. 50 per secondo figlio**
- n.50 per terzo figlio**

DICHIARA**A. Situazione familiare della richiedente**

1.A Di essere nella seguente situazione rispetto al proprio nucleo familiare:

- appartenente a nucleo familiare all'interno del quale non sono presenti mariti o conviventi (donna sola)
- di avere una assenza prolungata dalla residenza/domicilio del coniuge o convivente
- di avere una assenza di rete parentale per:
- non avere** i propri genitori, o del marito o convivente, residenti o domiciliati nel mio stesso comune di residenza o domicilio
- avere** i propri genitori, o del marito o convivente, residenti o domiciliati nel mio stesso comune di residenza o domicilio, **non autosufficienti**.

2.A appartenente a nucleo familiare all'interno del quale sono presenti anziani non autosufficienti con invalidità civile del 100% e indennità accompagnamento

- appartenente a nucleo familiare all'interno del quale sono presenti anziani non autosufficienti con certificazione VGA

3.A appartenente a nucleo familiare all'interno del quale sono presenti persone con handicap grave certificato ai sensi della l. 104/92

- appartenente a nucleo familiare all'interno del quale sono presenti persone con handicap certificato ai sensi della l. 104/92

4.A appartenente a nucleo familiare all'interno del quale sono presenti ____ figli, dei quali ____ minori di 6 anni e ____ di età compresa tra i 7 e i 13 anni

B. Situazione lavorativa della richiedente

di svolgere la seguente attività lavorativa (*specificare ruolo/mansione, tipo di contratto ed ente/azienda presso la quale si svolge l'attività prevalente*):

1.B Condizione professionale (barrare solo UNA delle caselle sottostanti):

- atipico (Contratto occasionale o a progetto o altra forma di lavoro flessibile contratto di inserimento (ex formazione lavoro) o apprendistato)
- dipendente (contratto a tempo determinato (anche part-time), contratto a tempo indeterminato (anche part-time), in CIG)
- Libera professionista/lavoratrice autonoma/Imprenditrice

2.B Di lavorare presso la ente/azienda _____
posta in via/località _____ n. _____ Comune di _____
_____ distante dalla propria abitazione _____ minuti
(calcolare il tempo di normale percorrenza casa-lavoro con il mezzo di comunicazione più frequentemente utilizzato)

3.B Di avere la seguente articolazione dell'orario lavorativo:

- Con turni
- Con trasferte frequenti
- Orario fisso (anche part-time)
- Orario flessibile (anche part-time)

C. Situazione economica familiare

1.C Di avere un ISEE (allegare dichiarazione: se non allegata o non barrata alcuna casella, non si assegna alcun punto in sede di valutazione della domanda):

- Inferiore a € 15.000,00
- Compreso tra € 15.000,01 e € 20.000,00
- Compreso tra € 20.000,01 e € 25.000,00
- Superiore a € 25.000,01

D. Penalizzazioni

1.D Di **essere** già stata beneficiaria dei buoni Mary Poppins e di averli utilizzati
 essere già stata beneficiaria dei buoni Mary Poppins ma di non averli mai utilizzati
 non essere mai stata beneficiaria dei buoni Mary Poppins

- Di **accettare integralmente tutte le condizioni e obblighi previsti** dall'avviso sopra richiamato in base al quale avanza la presente domanda.
- Che quanto riportato nella presente domanda sottoscritta dal richiedente **risponde a verità**.
- Di autorizzare il **trattamento dei dati personali** sulla base del **Dlgs n. 196/03**.

SI IMPEGNA

Nel caso di attribuzione del finanziamento richiesto:

- Ad attivare, a partire dalla data di comunicazione di attribuzione dei buoni, il piano di utilizzo degli buoni, che deve concludersi entro 6 (sei) mesi;
- Ad usufruire dei servizi acquisibili con i buoni nello stesso orario di svolgimento dell'attività lavorativa, maggiorato di un'ora antecedente l'orario di entrata al lavoro (o inizio lavoro) e dell'ora successiva all'orario uscita dal lavoro stesso (o fine lavoro), ed eventualmente per la partecipazione ad attività formative per la crescita professionale.
- Ad instaurare un rapporto contrattuale per l'acquisto dei servizi direttamente tra se stessa e l'operatore/trice, che non comporta alcun obbligo nei confronti di questa amministrazione, secondo una delle seguenti modalità per un costo orario complessivo di €7,00:
 - rapporto di collaborazione a partita IVA al costo orario complessivo di € 7,00 ;
 - rapporto di lavoro con contratto di collaborazione domestica previsto a livello sindacale;
 - qualsiasi altro tipo di rapporto compatibile con l'incarico intrapreso, in seguito ad approvazione della Provincia di Arezzo, Ufficio Formazione Professionale
- A dare immediata comunicazione alla Provincia di Arezzo, Centro Pari Opportunità (tel. n.0575 30181; Fax n. 0575 324803; e-mail info.didonne@provincia.arezzo.it) che entro 10 giorni deciderà se far proseguire o meno l'utilizzo dei buoni, qualora intervengano mutamenti nell'utilizzazione dei buoni, oppure che vengano meno i requisiti di ammissibilità indicati all' art. 3 dell'avviso;

ALLEGA**Documenti obbligatori riferiti alla richiedente:**

Fotocopia del documento di identità della richiedente in corso di validità

Altri documenti facoltativi

dichiarazione ISEE in corso di validità

..altro (*specificare*).....

Firma della richiedente
**(N.B. Allegare fotocopia documento
d'identità in corso di validità)**

Data _____/_____/_____