

"Progetto Conciliazione Vita – Lavoro 2024 approvato con DGR n. 365/2024 cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo PLUS della Regione Emilia-Romagna anno 2024. PR FSE+ priorità 3 inclusione sociale. Obiettivo K



COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI

ALLEGATO B

Al Sindaco del Comune di Castel San Giovanni

Da consegnare presso ALAM aps
Via XXV APRILE, 1B
29015 CASTEL SAN GIOVANNI
mediante mail ALAMAPS@PEC.IT

Domanda a valere sull'Avviso Pubblico per la formazione di una graduatoria distrettuale per l'assegnazione di contributo per l'abbattimento delle rette di frequenza dei Centri Estivi aderenti al "Progetto Conciliazione Vita-Lavoro 2024" nel periodo GIUGNO – SETTEMBRE 2024, promosso dalla Regione Emilia-Romagna con DGR 365/2024, a favore di bambini/e ragazzi/e da 3 a 13 anni (nati dal 01/01/2011 al 31/12/2021) o se disabili certificati ai sensi della L. 104/1992, fino a 17 anni (nati dal 01/01/2007 al 31/12/2021)

CUP D79G24000050002

RIF/PA 2024-21106/RER

Il sottoscritto genitore (il genitore richiedente deve essere l'intestatario della fattura/ricevuta):

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	
Cell.	
E-mail	

Valendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole del fatto che sulle dichiarazioni rese potranno essere effettuati controlli ai sensi degli artt. 71 e 72 del succitato D.P.R., delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

L'assegnazione del contributo per l'abbattimento del costo di frequenza del Centro Estivo

Di _____ via _____

PER N. _____ SETTIMANE

PERIODO: _____

COSTO SETTIMANALE (comprensivo di eventuale costo del pasto e di iscrizione/assicurazione)
€ _____

per il seguente figlio/a minore, di età compresa tra i 3 ed i 13 anni (nato dal 2011 al 2021) o se disabili certificati ai sensi della l. 104/1992, fino a 17 anni (nati dal 2007 al 2021):

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

A TAL FINE DICHIARA:

Che i genitori del minore per cui si richiede il contributo sono:

(padre) _____ (madre) _____

In caso di famiglie mono genitoriali indicare solo nome e cognome del genitore presente

- che il nucleo familiare è affidatario** del minore di cui si richiede il contributo
- che entrambi i genitori (o uno solo indicare quale) siano occupati e precisamente :**
 - Lavoratori dipendenti** _____
 - Parasubordinati** _____
 - autonomi o associati** _____
- che anche un solo genitore (indicare quale) _____ sia:**
 - in cassa integrazione** dal _____ al _____
 - in mobilità** dal _____ al _____
 - disoccupato che partecipi alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio (documentato)**
- un solo genitore si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo precedente e l'altro non è occupato in quanto impegnato in modo continuativo in compiti di cura valutati con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità grave o non autosufficienza.**

- che il minore per cui si richiede il contributo è disabile certificato ai sensi della L. 104/1992, e quindi non tenuto alla presentazione dell'attestazione ISEE ai fini dell'ammissibilità del finanziamento.**
- **che il valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE 2024) in corso di validità pari a € _____ (il valore ISEE non superiore a 24.000,00 €). In alternativa per chi non ne è ancora in possesso è in possesso possibile allegare attestazione ISEE 2023 o produrre ISEE corrente.**
- **di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali ritiri dal centro estivo con relativi rimborsi o riduzioni della quota già pagata**
- **che l'IBAN su cui accreditare il contributo è il seguente (*l'intestatario del conto deve coincidere con il richiedente*): _____**
- **di impegnarsi a trasmettere le ricevute di pagamento rilasciate dal soggetto gestore e le attestazioni relative alla situazione occupazionale dei genitori ENTRO E NON OLTRE IL 21 agosto 2024 presso Alam aps via XXV APRILE, 1B di Castel San Giovanni mediante mail Alamaps@pec.it**
- **di consegnare il MODULO della Regione "Dichiarazione altri contributi" debitamente compilato e sottoscritto ed aggiornare la dichiarazione in caso di modifiche successive all'approvazione della graduatoria (qui allegato).**

Allega la seguente documentazione:

- 1) Documento di identità del sottoscrittore in corso di validità;
- 2) Dichiarazione ISEE in corso di validità;

Si informa che, ai sensi dell'art.7 del GDPR "Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati personali", i dati forniti saranno trattati dal Comune di Castel San Giovanni esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente. Il Titolare del trattamento è il Comune di Castel San Giovanni. Il Responsabile del trattamento è il Comune di Castel San Giovanni. Il Responsabile della protezione dei dati personali è dott.ssa Simona Persi. Per prendere visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in formato esteso si rimanda al sito del Comune di Castel San Giovanni – <https://www.comune.castelsangiovanni.pc.it/it/page/privacy-comune-di-castel-san-giovanni>.

I dati potranno essere comunicati a Regione Emilia Romagna per le attività di gestione, rendicontazione, monitoraggio e controllo previste dai regolamenti UE.

I dati potranno essere comunicati ad Autorità di controllo nazionali ed europee nell'ambito delle loro attività istituzionali.

Data _____

Firma _____



COMUNE DI CASTEL SAN GIOVANNI

Allegato B1

“Dichiarazione altri contributi” – DA COMPILARE A CURA DELLA FAMIGLIA PER OGNI FIGLIO
(sarà cura del Comune fornire eventuali chiarimenti in merito alla compilazione)

Spett.le
Comune Castel San Giovanni

OGGETTO: Dichiarazione contributi erogati da altri soggetti pubblici e/o privati per la frequenza dei Centri estivi ad integrazione del contributo regionale - Progetto per il contrasto alle povertà educative e la conciliazione vita-lavoro: sostegno alle famiglie per la frequenza di Centri estivi” ANNO 2024. DGR n. 365/2024. Progetto cofinanziato PR FSE+ - Priorità 3 Inclusion sociale
Rif. Pa n. 2024/21106/RER CUI D79G24000050002

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di genitore* del bambino
(*genitore intestatario della fattura del centro estivo)

DICHIARA CHE

- non sono stati acquisiti altri contributi da altri soggetti pubblici e/o privati a copertura dei costi di iscrizione delle settimane di effettiva frequenza ai centri estivi sottoindicati;

OPPURE

- sono stati ricevuti contributi da altri soggetti pubblici e/o privati a copertura dei costi dell'iscrizione delle settimane di effettiva frequenza al centro estivo per € _____, come da tabella riepilogativa sotto riportata:

NOME CENTRO ESTIVO	N° settimane FREQUENTATE	COSTO di iscrizione SETTIMANALE	CONTRIBUTI RICEVUTI da altri SOGGETTI PUBBLICI e/o PRIVATI	QUOTA NON COPERTA da ALTRI CONTRIBUTI

- si impegna inoltre a comunicare tempestivamente al Comune di Castel San Giovanni eventuali ulteriori contributi pubblici e/o privati ricevuti successivamente alla definizione della graduatoria approvata ai fini del beneficio del contributo erogato dalla Regione Emilia - Romagna con risorse FSE.

(Luogo, data)

Firma del genitore

_____ , _____

In allegato la copia del documento d'identità