

Allegato A

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEL VOUCHER
 a favore delle famiglie con minori da 0 a 3 anni a sostegno delle spese per l'accesso agli asili
 nido pubblici

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a _____ Prov. di _____ il _____
 Residente in Via /Piazza _____ n° _____
 Comune di _____ C.A.P. _____ Prov. di _____
 C.F. _____ Tel. _____
 in qualità di genitore/tutore/esercente la potestà genitoriale _____
 del/i minore/i

Nominativo minore	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Residenza (Comune, Via, n. civico)

CHIEDE

- Passegnazione del Voucher per il sostegno delle spese per l'accesso all'asilo nido pubblico.



**Azienda Speciale Consortile
Medio Olona
Servizi alla Persona**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445 del 28/12/00 “Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, firma atti falsi o ne fa uso, nei casi previsti dal presente T.U. è punito ai sensi del codice penale delle leggi speciali vigenti in materia...”, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il nucleo familiare di convivenza è così composto:

Cognome e Nome	Grado di parentela	Data di nascita
	Richiedente	

Di avere un’ISEE pari ad € _____ (Allegare dichiarazione sostitutiva della certificazione ISEE);



Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona

che il/i minore/i, di seguito indicato/i è iscritto e frequenta o frequenterà

Nominativo minore	Data inizio e fine (prevista) di frequenza -le date indicate dovranno rientrare nell'anno scolastico 2013/2014-	Nido pubblico convenzionato	Retta mensile sulla base delle agevolazioni in godimento
		<input type="checkbox"/> Asilo Nido "don Tacchi" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "P. Soldini" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Restelli" con sede a Olgiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Fantanido" con sede a Fagnano Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido comunale con sede a Solbiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Arcobaleno" con sede a Gorla Minore	€
		<input type="checkbox"/> Asilo Nido "don Tacchi" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "P. Soldini" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Restelli" con sede a Olgiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Fantanido" con sede a Fagnano Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido comunale con sede a Solbiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Arcobaleno" con sede a Gorla Minore	€
		<input type="checkbox"/> Asilo Nido "don Tacchi" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "P. Soldini" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Restelli" con sede a Olgiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Fantanido" con sede a Fagnano Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido comunale con sede a Solbiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Arcobaleno" con sede a Gorla Minore	€
		<input type="checkbox"/> Asilo Nido "don Tacchi" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "P. Soldini" con sede a Castellanza <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Restelli" con sede a Olgiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Fantanido" con sede a Fagnano Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido comunale con sede a Solbiate Olona <input type="checkbox"/> Asilo Nido "Arcobaleno" con sede a Gorla Minore	€

Che la situazione sociale è la seguente:

- Nucleo familiare monoparentale senza rete familiare
- Nucleo familiare monoparentale con rete familiare
- Presenza due genitori senza rete familiare
- Presenza di n. ____ figli minori
- Presenza di n. ____ figli minori di età inferiore o uguale a un anno

Che la situazione abitativa è la seguente:

- il nucleo abita in case popolari
- il nucleo abita in casa privata con affitto oneroso, superiore ad € 500,00 (in assenza di contributo regionale)
- il nucleo possiede la propria abitazione e sostiene il pagamento del mutuo, superiore ad € 500,00
- il nucleo è in possesso di sentenza esecutiva di sfratto

Che la situazione clinica è la seguente:

- presenza di n. ____ componenti con invalidità civile al 100%
- presenza di n. ____ componenti con invalidità civile al 100% con l'accompagnamento
- presenza di n. ____ componenti con attestazione medica e/o con invalidità civile indicante uno stato di salute compromesso
- presenza di n. ____ componenti in carico a servizi specialistici territoriali

Che la situazione lavorativa è la seguente:

- certificato di disoccupazione del capofamiglia
- certificato di disoccupazione di altri componenti maggiorenni (n. ____)
- occupati con attività parzialmente adeguata per il sostegno economico del proprio nucleo

Il sottoscritto **prende atto**

- che ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;

- che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e successive modificazioni.

ALLEGATI

- dichiarazione sostitutiva della certificazione ISEE
- Copia per ciascun figlio riconosciuto invalido del relativo verbale rilasciato dalla Commissione ASL

Data _____

In fede _____