



Unione Europea  
Fondo Sociale Europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNZIA SOTZIALE  
ASSESSORATO DELL'IGIENE, SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE  
Direzione Generale delle Politiche Sociali  
Servizio Attuazione Politiche Sociali, Comunitarie, Nazionali e Regionali

# AVVISO PUBBLICO

## Conciliazione Estate 2015

Avviso pubblico per l'accesso ai servizi socio-educativi, ludico-ricreativi, sportivi e ai servizi outdoor di cui all'Avviso pubblico  
Conciliazione Estate 2015

approvato con determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015

Allegato 2

Domanda di iscrizione del/i minore/i e dichiarazioni

Fondo Sociale Europeo 2007-2013

Asse II Occupabilità, linea f.2.1 "Incentivi per favorire la conciliazione con il lavoro di cura familiare"

Spett. Le

*Inserire la ragione sociale Operatore selezionato nell'ambito dell'Allegato 1:.....**Inserire indirizzo Operatore selezionato nell'ambito dell'Allegato 1:.....*

**Oggetto:** Domanda di iscrizione minore/i a valere sull'Avviso Pubblico **"Conciliazione Estate 2015"** – POR FSE 2007/2013 – Asse II Occupabilità, linea f.2.1 "Incentivi per favorire la conciliazione con il lavoro di cura familiare" pubblicato dalla Direzione Servizio Attuazione Politiche Sociali Comunitarie, Nazionali e Regionali dell'Assessorato all'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

In qualità di (specificare tra genitore/tutore del/dei minore/i) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di iscrivere il minore \_\_\_\_\_ (*indicare nome e cognome del minore*), nato/a a \_\_\_\_\_ (*indicare luogo di nascita*), il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (*indicare indirizzo di residenza*), Prov. \_\_\_\_\_ (*indicare la Provincia*), Via \_\_\_\_\_ (*indicare la via*) ai servizi oggetto dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015);

di ricorrere ai suddetti servizi per n. \_\_\_\_\_ settimane consecutive (*limite massimo 5 settimane*) in uno dei due periodi di riferimento come di seguito indicati (barrare le caselle corrispondenti alle settimane prescelte):

Periodo dal 29 giugno - 31 luglio 2015				
29/06 – 03/07 <input type="checkbox"/>	06/07 – 10/07 <input type="checkbox"/>	13/07 – 17/07 <input type="checkbox"/>	20/07 – 24/07 <input type="checkbox"/>	27/07 – 27/31 <input type="checkbox"/>

o,

Periodo dal 1 agosto al 4 settembre 2015				
03/08 – 07/08 <input type="checkbox"/>	10/08 – 14/08 <input type="checkbox"/>	17/08 – 21/08 <input type="checkbox"/>	24/08 – 28/08 <input type="checkbox"/>	31/08 – 04/09 <input type="checkbox"/>

- di ricorrere al servizio aggiuntivo di sostegno alla disabilità (se previsto)     SI                     NO
- di ricorrere al servizio aggiuntivo di trasporto (se previsto)                     SI                     NO

*(da compilare nel caso di iscrizione del secondo minore)*

- di iscrivere il minore \_\_\_\_\_ (*indicare nome e cognome del minore*), nato/a a \_\_\_\_\_ (*indicare luogo di nascita*), il (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (*indicare indirizzo di residenza*), Prov. \_\_\_\_\_ (*indicare la Provincia*), Via \_\_\_\_\_ (*indicare la via*) ai servizi oggetto dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015);

di ricorrere ai suddetti servizi per n. \_\_\_\_\_ settimane consecutive (*limite massimo 5 settimane*) in uno dei due periodi di riferimento come di seguito indicati (barrare le caselle corrispondenti alle settimane prescelte):

Periodo dal 29 giugno - 31 luglio 2015				
29/06 – 03/07 <input type="checkbox"/>	06/07 – 10/07 <input type="checkbox"/>	13/07 – 17/07 <input type="checkbox"/>	20/07 – 24/07 <input type="checkbox"/>	27/07 – 27/31 <input type="checkbox"/>

o,

Periodo dal 1 agosto al 4 settembre 2015				
03/08 – 07/08 <input type="checkbox"/>	10/08 – 14/08 <input type="checkbox"/>	17/08 – 21/08 <input type="checkbox"/>	24/08 – 28/08 <input type="checkbox"/>	31/08 – 04/09 <input type="checkbox"/>

- di ricorrere al servizio aggiuntivo di sostegno alla disabilità (se previsto)  SI  NO
- di ricorrere al servizio aggiuntivo di trasporto (se previsto)  SI  NO

consapevole delle conseguenze penali e amministrative di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi, ivi compresa la decadenza immediata dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

#### DICHIARA

- di essere consapevole che su quanto dichiarato potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000;
- di essere residente in Sardegna;
- di avere n. \_\_\_\_\_ minori a carico di età compresa **fra i 5 e i 14 anni** al momento dell'iscrizione al servizio;
- di essere titolare di: *(selezionare la casella pertinente)*
  - regolare contratto di lavoro subordinato;
  - regolare contratto di lavoro parasubordinato;
  - di esercitare un'attività di lavoro autonomo attestata;
- di rendersi disponibile a fornire, su richiesta degli organi competenti, la documentazione comprovante i requisiti sopra indicati;
- di aver preso visione dell'Avviso pubblico per l'accesso ai servizi socio-educativi, ludico-ricreativi, sportivi e ai servizi outdoor di cui all'Avviso pubblico Conciliazione Estate 2015 e dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015) ed accettato, senza riserva alcuna, tutte le condizioni;
- di ricorrere ai servizi oggetto dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015) per un numero di **minori** a carico pari a \_\_\_\_ *(indicare il numero di minori per i quali è presentata la richiesta di iscrizione)* conformemente alle modalità di accesso ai servizi secondo le regole e nei limiti di cui all'art. 3 del citato Avviso;

- di conservare tutta la documentazione fino a 3 (tre) anni successivi alla chiusura del Programma, ai sensi dell'art. 90 del Reg. (CE) n. 1083/2006 e successive modifiche, e di rendersi disponibile a qualsivoglia richiesta di controlli, di informazioni, di dati, di documenti, di attestazioni o dichiarazioni;
- di essere a conoscenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per le finalità di cui all'articolo 10 dell'Avviso;
- di aver presentato domanda di iscrizione, per il/i succitato/i minore/i, anche, presso gli Operatori:

Ragione Sociale Operatore	Indirizzo
Cooperativa Sociale Alternatura Soc. Coop. Soc. Onlus Nuoro	Piazza Satta - n° 6 - 08100 Nuoro

- di ricorrere ai servizi oggetto dell'Avviso Conciliazione Estate 2015 (determinazione n. 6369 rep. n. 221 del 22.04.2015) esclusivamente presso un unico Operatore;
- di comunicare, in caso di contestuale ammissione alle graduatorie di più Operatori (nel limite delle 3 richieste consentite), esplicita rinuncia secondo le modalità stabilite nell'avviso ad uno dei due o a due dei tre Operatori ai quali è stata presentata istanza di iscrizione entro e non oltre il termine stabilito nel citato avviso;
- di non percepire altri contributi a copertura della stessa spesa.

Luogo e data

Firma Genitore/Tutore

.....

*Allega:*

- *fotocopia di un documento di identità in corso di validità del soggetto dichiarante*
- *fotocopia di un documento di identità in corso di validità del/i minore/i*
- *nel caso di ricorso a servizi aggiuntivi per disabili, allegare copia del certificato di disabilità rilasciato dagli uffici competenti attestante la disabilità del minore partecipante.*