



FSE
FOR CAMPANIA
2014 - 2020

FSC

Fondo per lo Sviluppo
e la Coesione



Avviso Pubblico "Nidi e Micronidi: Voucher di Servizio" POR Campania FSE 2014/2020 Asse I, Obiettivo Specifico 3,
Azione 8.2.1 - Asse II, Obiettivo Specifico 9, Azione 9.3.3 e Azione 9.3.4.

Piano Degli Obiettivi di Servizi, Ex Delibera Cipe N. 79/2012 FSC 2007/2013.

Al Dirigente Comune Capofila Ambito N 18

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____

Prov. _____ (Stato estero) _____

il ____ / ____ / ____

Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: tipo _____, n° _____

Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Residente in _____

in _____ n. _____ Cap _____

Recapiti: tel. _____ cell: _____

e-mail: _____

Avendo preso visione dell'Avviso pubblico in parola

MANIFESTA INTERESSE

ad essere inserito nella graduatoria delle famiglie idonee a beneficiare dei voucher di servizio per Nidi e Micro-nidi.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):

- Di essere genitore di n. _____ bambini in età utile per la frequenza di un asilo nido o micro-nido;
- Di essere collocata/o in una lista di attesa per la frequenza di nidi /micro-nidi a titolarità comunale;
- Di essere residente in un Comune privo di servizi di nidi/micro-nidi a titolarità comunale.
- Di essere genitore di n. _____ bambini con disabilità;
- Di essere nella condizione di famiglia monoparentale.

Dichiara, inoltre, di essere informato del fatto che il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs 196/03;

Allega, alla presente domanda (contrassegnarli con una X):

- attestazione I.S.E.E., completa di D.S.U. rilasciata ai sensi della normativa vigente;
- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- _____;

Firma del Richiedente

**Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art. 3, comma 10, L. 15 marzo 1997 n. 127, art. 1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403.)

(art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____
 Genitore del minore _____ nato a _____ il ____/____/____ di età _____

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera;

DICHIARA

Di essere residente nel Comune di _____ alla Via _____
 Che il suo stato di Famiglia è composto da:

	nato a	il	Stato Occ.
_____ (Cognome e Nome)	_____	____/____/____	Dis-Occupato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ (Cognome e Nome)	_____	____/____/____	Dis-Occupato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ (Cognome e Nome)	_____	____/____/____	Dis-Occupato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ (Cognome e Nome)	_____	____/____/____	Dis-Occupato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ (Cognome e Nome)	_____	____/____/____	Dis-Occupato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ (Cognome e Nome)	_____	____/____/____	Dis-Occupato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____ (Cognome e Nome)	_____	____/____/____	Dis-Occupato <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Che le persone occupate svolgono la seguente attività:

_____ (Cognome e Nome)	Tito di impiego e attività (Es: Impiegato pubblico, impiegato privato, Infermiere presso Ospedale ecc ecc, Docente presso ecc)
_____ (Cognome e Nome)	Tito di impiego e attività (Es: Impiegato pubblico, impiegato privato, Infermiere presso Ospedale ecc ecc, Docente presso ecc)

Inoltre dichiara che il/la proprio/a figlio/a _____ è stato/a sottoposto/a alle
 vaccinazioni obbligatorie **SI - NO - Altro:** _____
 (Barrare La voce che interessa)

(solo se previste altre dichiarazioni):

Data, ____/____/____

Firma _____

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA

Art. 2 L.4 gennaio 1968 n. 15, art. 3 comma 10, L. 15 Maggio 1997 n. 127

LA PRESENTE DICHIARAZIONE SOSTITUISCE LE NORMALI CERTIFICAZIONI ED HA LA STESSA VALIDITA' TEMPORALE DEI CERTIFICATI CHE SOSTITUISCE.

Allegare copia del documento di riconoscimento del Dichiarante;