



**DOMANDA DI CONTRIBUTO “VOUCHER PLUS”  
CONTRIBUTO AGGIUNTIVO AL “PROGETTO PER IL CONTRASTO ALLE POVERTÀ  
EDUCATIVE E LA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO”**

**Termini di presentazione della domanda: dal 17.06.2024 al 15.07.2024**  
SI PREGA DI COMPILARE LA PRESENTE DOMANDA IN STAMPATELLO

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE** *(compilare in stampatello leggibile e allegare copia della tessera sanitaria)*

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Il/La sottoscritto/a, in relazione alla presente domanda per la concessione di **VOUCHER PLUS** a parziale rimborso dei costi sostenuti per l'iscrizione ai CENTRI ESTIVI dei minori di età compresa tra i 3 e i 13 anni (nati dall'01/01/2011 ed entro il 31/12/2021) e di età compresa tra i 3 e i 17 anni (nati all'01/01/2007 ed entro il 31/12/2021 indipendentemente dall'attestazione ISEE delle famiglie se con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/1992) , consapevole delle pene previste per false e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 496 del C.P., e consapevole, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. citato, che qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, **sotto la propria personale responsabilità dichiara quanto segue:**

Il proprio nucleo familiare risulta anagraficamente così composto:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA


**DATI DEL MINORE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL CONTRIBUTO**  
(UN MODULO PER OGNI BAMBINO)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

M  F

**CODICE FISCALE** (compilare in modo leggibile e allegare copia della tessera sanitaria)

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**DICHIARA ALTRESÌ**

- ▶ che il valore ISEE 2024 del proprio nucleo familiare è il seguente:  
valore ISEE € \_\_\_\_\_ numero Protocollo INPS- ISEE \_\_\_\_\_;
- ▶ qualora non sia disponibile l'attestazione ISEE 2024; il valore ISEE 2023 o ISEE corrente (specificare) \_\_\_\_\_ del proprio nucleo familiare è il seguente:  
valore ISEE € \_\_\_\_\_ numero Protocollo INPS- ISEE \_\_\_\_\_;
- ▶ **CHE NEL NUCLEO FAMILIARE:** (barrare le voci che interessano)
  - sono presenti entrambi i genitori;
  - è presente un solo genitore in quanto:
    - vedovo/vedova
    - nubile/celibe
    - separato legalmente
    - divorziato
    - separato di fatto
    - coniuge residente altrove per qualsiasi motivo (emigrazione, detenzione, altro)
  - entrambi i genitori lavorano;
  - un solo genitore lavora e l'altro si trova:
    - in cassa integrazione
    - in mobilità
    - disoccupato e partecipante alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio/altro (specificare) \_\_\_\_\_
    - impegnato in modo continuativo in compiti di cura, valutati con riferimento alla presenza di componenti il nucleo con disabilità grave o non autosufficienza (come definiti ai fini ISEE)

► CON RIFERIMENTO ALLO STATO OCCUPAZIONALE, DICHIARA QUANTO SEGUE:

**GENITORE 1**

Cognome e Nome

\_\_\_\_\_

LUOGO DI LAVORO:  
Nome Ditta/Scuola/Ente

\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Lavoratore dipendente a tempo indeterminato

Lavoratore dipendente a tempo determinato  
con scadenza contratto il \_\_\_\_\_

Lavoratore a progetto, precario iscritto alla  
gestione separata INPS

Lavoratore Autonomo/Libero Professionista

Altro \_\_\_\_\_

**GENITORE 2**

Cognome e Nome

\_\_\_\_\_

LUOGO DI LAVORO:  
Nome Ditta/Scuola/Ente

\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Lavoratrice dipendente a tempo indeterminato

Lavoratrice dipendente a tempo determinato  
con scadenza contratto il \_\_\_\_\_

Lavoratrice a progetto, precario iscritto alla  
gestione separata INPS

Lavoratrice Autonomo/Libera Professionista

Altro \_\_\_\_\_

► di essere edotto che il Comune di Pontenure si riserva la facoltà di effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai richiedenti relativamente alle condizioni che hanno dato luogo alla concessione dei voucher. Tali controlli saranno effettuati, per quanto riguarda lo stato occupazionale, anche mediante l'accesso alle banche dati del Sistema Informativo Lavoro dell'Emilia-Romagna;

► di essere informato che, ove a seguito dei sopra citati controlli, risultassero dichiarazioni false e/o mendaci di importanza tale da inficiare il beneficio del voucher, questo verrà revocato.

**DICHIARA ALTRESI'**

che il centro estivo per il quale si richiede il voucher, presente nell'elenco dei centri estivi ammessi al progetto "Conciliazione" così come da elenco unico pubblicato dal Distretto di Levante è il seguente:

\_\_\_\_\_  
*(Si prega di indicare la denominazione corretta e completa del centro estivo prescelto come da elenco allegato)*

che intende iscrivere o è iscritto il proprio figlio al seguente centro estivo di un altro Comune/Distretto della Regione Emilia-Romagna che ha aderito al sopra citato "Progetto di conciliazione vita-lavoro 2024 (indicare obbligatoriamente il centro estivo prescelto):

