

P.O.R. SICILIA 2000-2006

Misura 3.12 "Promozione della partecipazione femminile al mercato del lavoro" - n. 1999.IT.16.1.PO.011/3.12/7.2.4/235 e Misura 3.19 "Promozione dell'integrazione sociale", n. 1999.IT.16.1.PO.011/3.19/7.2.4/001, Asse III Risorse Umane

Progetto "A.L.F.a. - Armonizzare lavoro e Famiglia"

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER DI CONCILIAZIONE E SERVIZI

Sportello di Presso: CPI - Distretto - Sede A.L.F.a.

Il/la sottoscritto/a							
nato/a a					il		
Codice fiscale							
residente a					Prov.		
via/c.so					n.civico		
CAP		tel.		Cell		Fax	
e-mail							
domiciliato/a a					Prov.		
via/c.so					n.civico		
CAP							
stato civile							
Occupato/a <input type="checkbox"/> presso							
Disoccupato/a - <input type="checkbox"/> inoccupato/a <input type="checkbox"/>							
Figli minori con meno di dodici anni n.							
Anziani non autosufficienti a carico n.							
Diversamente abili n.							
Malati cronici non autosufficienti e/o malati terminali n.							

richiede l'assegnazione del voucher per l'acquisizione di servizi resi da Fornitori inclusi nell' "Elenco Regionale dei fornitori di servizi di cura ed assistenza alla persona".

A tale fine dichiara:

1)

di essere attualmente impegnato nella frequenza di:

- Percorsi di formazione
- Work experiences
- Inserimento al lavoro

- Partecipazione ad iniziative finanziate nell'ambito della programmazione regionale, nazionale, comunitaria, con priorità a quelle finanziate dal P.O.R. Sicilia
- Università
- Master
- Stage/tirocini
- Corsi di formazione/aggiornamento a pagamento

di essere in attesa di intraprendere

- Percorsi di formazione
- Work experiences
- Inserimento al lavoro
- Partecipazione ad iniziative finanziate nell'ambito della programmazione regionale, nazionale, comunitaria, con priorità a quelle finanziate dal P.O.R. Sicilia
- Università
- Master
- Stage/tirocini
- Corsi di formazione/aggiornamento a pagamento

presso - (dettagliare i dati del soggetto attuatore dell'intervento)

Ente						
Sede						
Recapiti telefonici						
Fax e e-mail						
Tipologia intervento						
Denominazione e numero identificativo (o Corso di Laurea)						
Durata totale dell'intervento						
ore		giorni		settimane		mesi
Data di avvio			data di conclusione			
Impegno settimanale:		giorni		ore		

di essere occupato presso:

Datore di Lavoro/Azienda/Ente						
Sede						
Recapiti telefonici						
Fax e e-mail						
Tipologia Contrattuale						
Mansione/Ruolo						
Data di avvio contratto		Data di conclusione (se a tempo determinato o a Progetto, etc.)				
Impegno settimanale di lavoro	ore		giorni			
Numero Partita IVA (in caso di lavoro autonomo)					Data attribuzione	

2) di voler acquisire servizi rientranti nelle tipologie di seguito indicate per:

- FIGLI MINORI DI ANNI 12 (barrare la voce che interessa):
- asili nido
- scuole materne
- baby-parking

- baby sitting
- ludoteche
- servizi proposti nell'ambito di attività estive, pre e post scuola offerti da scuole materne ed elementari
- centri diurni aggregativi ed educativi
- servizi privati a domicilio
- altro specificare.....;

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (*barrare la voce che interessa*):

- assistenza domiciliare socio-sanitaria
- frequenza di centri di accoglienza diurni per anziani
- frequenza di strutture non residenziali per la riabilitazione
- altro (specificare.....);

DIVERSAMENTE ABILI E/O MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI E/O TERMINALI (*barrare la voce che interessa*):

- assistenza domiciliare socio-sanitaria
- frequenza di centri di accoglienza diurna
- attività associative
- altro (specificare.....);

3) di voler acquisire il servizio presso il/i seguente/i "Fornitore/i" scelto/i dall'"Elenco regionale di fornitori di servizi di cura ed assistenza alla persona" (fornito da Italia Lavoro Sicilia S.p.A.):

1	Denominazione		2	Denominazione	
	Ragione sociale			Ragione sociale	
	Via			Via	
	Città	Cap.		Città	Cap.
	Tel.	Fax		Tel.	Fax

4) che il servizio richiesto riguarda:

- a) n. Ore giorno per n.giorni la settimana per n. mesi di (specificare la tipologia del servizio)
.....
- b) n. Ore giorno per n.giorni la settimana per n. mesi di (specificare la tipologia del servizio)
.....

e di essere a conoscenza che l'importo massimo mensile riconoscibile è di euro **516,46** lordi;

5) di aver necessità di usufruire del/i servizio indicato/i per un numero di ore e/o di giorni superiore all'effettivo impegno nell'attività prevista o all'orario di lavoro per i seguenti motivi:

- tempi necessari allo spostamento
- periodo di inserimento nelle strutture per l'infanzia
- altro (specificare.....);

6) che in totale il periodo di fruizione va dalal , per complessivi mesi, dato l'impegno delle attività specificate al punto 1.

- che le attività sono iniziate in data ovvero
- che le attività inizieranno in data

7) di non avere presentato analoga domanda per l'assegnazione di voucher di conciliazione e servizi presso altri sportelli decentrati

A tale scopo allega la seguente documentazione:

- certificato di residenza (anche in autocertificazione)
- autocertificazione attestante lo stato di famiglia dal quale risulti che la persona accudita sia parente fino al 3° grado o affine fino al 3° grado (come da prospetto in nota, ai sensi degli artt. dal 74 al 78 del Codice civile)¹;
- autocertificazione attestante l'impegno di cura nei casi di assistiti non autosufficienti, disabili o con gravi problemi di salute (tale autocertificazione verrà sostituita, all'atto dell'attribuzione del voucher e prima della fruizione del/dei servizio/i richiesto/i, dalla certificazione rilasciata dalla AUSL o dagli enti competenti) pena la revoca del finanziamento;
- autocertificazione attestante l'impegno a partecipare alle attività indicate al precedente punto 1 o autocertificazione attestante la partecipazione ad attività già in corso di svolgimento: tali autocertificazioni, all'atto dell'attribuzione del voucher e prima della fruizione del/dei servizio/i richiesto/i, dovranno essere sostituite da attestati di partecipazione/frequenza o da altra documentazione utile ovvero dichiarazione dell'Ente di Formazione che attesti l'iscrizione al percorso formativo e che specifichi la tipologia del corso, le ore di formazione previste, la data d'inizio/conclusione e la durata, ovvero attestato di partecipazione ad attività progettuali cofinanziate nell'ambito della programmazione regionale, nazionale, comunitaria rilasciato dal legale rappresentante dell'Ente Gestore o dal Direttore o Coordinatore del Progetto e che contenga la tipologia del progetto, la fonte di finanziamento, il ruolo ricoperto, la data di inizio/conclusione la durata e l'impegno giornaliero (in numero di ore); altra documentazione utile;
- autocertificazione attestante il numero della partita IVA (in caso di lavoro autonomo); tale autocertificazione, all'atto dell'attribuzione del voucher e prima della fruizione del/dei servizio/i richiesto/i, dovrà essere sostituita da un certificato di attribuzione della partita IVA;
- nel caso di richiedenti occupati in possesso di regolare contratto di lavoro (ad esempio, dipendenti a tempo determinato, indeterminato, lavoratori a progetto, CO.CO.CO., lavoratori occasionali, professionisti, lavoratori autonomi, etc.): autocertificazione attestante la tipologia contrattuale di lavoro, il ruolo ricoperto e l'impegno orario, all'atto dell'attribuzione del voucher e prima della fruizione del/dei servizio/i richiesto/i, dovrà essere sostituita da dichiarazione del datore di lavoro e/o certificato di servizio in cui siano specificate tipologia di contratto, data inizio e fine, mansione/ruolo, impegno settimanale (in termini di ore giorno e giorni settimana) e/o copia del libro paga e matricola e/o copia del contratto di lavoro.

Luogo e data

Firma del/la richiedente
Ai sensi del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n° 445
(allegare la fotocopia di un documento di identità sottoscritta in originale)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere a conoscenza che i dati contenuti nella presente domanda:
- saranno utilizzati per il rimborso del contributo "voucher"
- verranno trattati nel rispetto **D.lgs. 196/03 del 30 giugno 2003.**

Luogo e data

Firma del/la richiedente

¹ Prospetto parenti e affini fino al 3° grado

Gradi	Parenti in linea retta	Parenti in linea collaterale	Affini*
1°	Padre, madre e figli	-----	Suoceri con generi e nuore
2°	Nonni e nipoti	Fratelli e sorelle	Cognati e cognate **
3°	Bisnonni e pronipoti	Zii, zie, nipoti da fratelli e sorelle	Moglie dello zio, marito della zia, moglie del nipote marito del nipote

* Non c'è affinità tra con suoceri.

** Il coniuge del cognato non è affine né sono affini tra di loro i mariti di due sorelle.