



COMUNE DI USINI
Provincia di Sassari

Via Risorgimento, 70 Usini – Tel. 079 3817024

Sito: www.comune.usini.ss.it - E Mail
serviziallapersona@comunediusini.it

Servizio Socio - Assistenziale

SCADENZA 09 Dicembre 2022

OGGETTO: Interventi a favore delle famiglie per il supporto alla scelta della genitorialità e per l'acquisto, tramite voucher, di servizi socio-educativi per la prima infanzia (zero – tre anni) Biennio 2021/2022. Domanda di assegnazione.

(dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e nella consapevolezza delle sanzioni penali conseguenti a false dichiarazioni, di cui all'art.76 del citato DPR 445/2000)

DATI DEI GENITORI O ASPIRANTI GENITORI

Il sottoscritt _____ nat a _____ il _____ residente
a _____ in via _____
n° _____ Codice fiscale _____
tel. _____,

e

Il sottoscritt _____ nat a _____ il _____ residente
a _____ in via _____
n° _____ Codice fiscale _____
tel. _____,

CHIEDONO L'ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER

(DGR n. 5/40 del 16.02.2022)

1. servizi socio-educativi per la prima infanzia (zero-tre anni)
2. Interventi di accompagnamento e supporto alla genitorialità

Dati del bambino

Nome _____
Cognome _____
CF del minore _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____
in via/piazza _____ n. _____

FREQUENTANTE IL SEGUENTE SERVIZIO SOCIO EDUCATIVO:

denominazione servizio _____
presso la struttura _____
indirizzo della struttura _____
CF della struttura _____
rappresentante legale _____
autorizzato al funzionamento con atto n. _____ del _____ emanato da _____

Dati della madre o aspirante madre

Il sottoscritto _____ nat. a _____ il _____ residente
a _____ in via _____
n° _____ Codice fiscale _____
tel. _____,

Dati del padre o aspirante padre

Il sottoscritto _____ nat. a _____ il _____ residente
a _____ in via _____
n° _____ Codice fiscale _____
tel. _____,

Frequentanti il seguente servizio di supporto alla genitorialità e/o la frequenza ad eventi formativi e di sensibilizzazione

denominazione servizio o nome professionista _____
presso la struttura _____
indirizzo della struttura _____
CF del professionista _____
autorizzato all'esercizio della professione con atto n. _____ del _____ emanato da _____

A TAL FINE DICHIARANO O DICHIARA

che il sottoscritto _____ è cittadino italiano o di uno stato membro dell'Unione Europea o di una nazione non facente parte dell'Unione Europea, in possesso di regolare permesso di soggiorno dalla data di pubblicazione del presente Avviso (sottolineare la dichiarazione di interesse – es.: di essere cittadino italiano);

che la sottoscritta _____ è cittadina italiana o di uno stato membro dell'Unione Europea o di una nazione non facente parte dell'Unione Europea, in possesso di regolare permesso di soggiorno dalla data di pubblicazione del presente Avviso (sottolineare la dichiarazione di interesse – es.: di essere cittadina italiana);

Che esercita/no la responsabilità genitoriale;

Che essendo l'unico/a richiedente ha effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale;

- Che il nucleo familiare è in possesso dell'attestazione ISEE, in corso di validità, completa delle diverse tipologie previste dalla normativa vigente (per es.: ISEE minorenni) e il cui valore non supera i € 40.000,00;
- Che il proprio nucleo familiare è composto da uno o più figli fiscalmente a carico di età compresa tra zero e tre anni (due anni e 365 giorni), anche in adozione o affidato:

Cognome nome	Data di nascita	Età

- che le spese sostenute mensilmente per la frequenza del servizio socio-educativo per la prima infanzia sono:**

Mensilità 2021	Costo sostenuto	Mensilità 2022	Costo sostenuto
GENNAIO		GENNAIO	
FEBBRAIO		FEBBRAIO	
MARZO		MARZO	
APRILE		APRILE	
MAGGIO		MAGGIO	
GIUGNO		GIUGNO	
LUGLIO		LUGLIO	
AGOSTO		AGOSTO	
SETTEMBRE		SETTEMBRE	
OTTOBRE		OTTOBRE	
NOVEMBRE		NOVEMBRE	
DICEMBRE		DICEMBRE	

- che le spese sostenute mensilmente per interventi di accompagnamento e supporto alla genitorialità sono:**

Mensilità 2021	Costo sostenuto	Mensilità 2022	Costo sostenuto
GENNAIO		GENNAIO	
FEBBRAIO		FEBBRAIO	
MARZO		MARZO	
APRILE		APRILE	
MAGGIO		MAGGIO	
GIUGNO		GIUGNO	
LUGLIO		LUGLIO	
AGOSTO		AGOSTO	
SETTEMBRE		SETTEMBRE	
OTTOBRE		OTTOBRE	

NOVEMBRE		NOVEMBRE	
DICEMBRE		DICEMBRE	

che è consapevole della facoltà che l'Amministrazione ha di compiere verifiche, anche a campione sulla veridicità delle autocertificazioni presentate (art. 71, comma 1, DPR 445/2000);

di essere consapevole che l'importo del voucher spettante sarà liquidato direttamente alla ditta o professionista che ha prestato il Servizio tramite accredito in conto corrente bancario/postale o carta ricaricabile con IBAN, intestato ai medesimi, comunicato attraverso consegna della copia fotostatica del Codice IBAN.

Usini li _____

Firma dei richiedenti: _____

Allegati:

- fotocopia documento d'identità di entrambi i richiedenti;
- copia fotostatica del Codice IBAN del conto o carta prepagata dotata di IBAN intestato alla ditta/professionista che ha prestato il servizio per l'accredito della somma eventualmente spettante. La fotocopia del Codice IBAN dovrà contenere anche i dati dell'intestatario.

