ALLEGATO 1 – Modello di domanda

|  |
| --- |
| **Al Consorzio Sociale Agorà S10**  **Loc. Valle – 84020 Palomonte (Sa)** |
| **Pec:** [**consorzioagoras10@pec.it**](mailto:consorzioagoras10@pec.it)  **Mail :** [**consorzioagoras10@gmail.com**](mailto:consorzioagoras10@gmail.com) |

**Oggetto: Istanza di partecipazione al Progetto “Mamme al lavoro”**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a (Nome e Cognome) |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

**CHIEDE DI USUFRUIRE**

* **Linea a)** - *Voucher* per l'acquisto di posti in servizi di cura socio-educativi rivolti ai bambini di età 0-36 mesi “spendibili” presso il Micronido per L'infanzia “Crescere insieme” sito in Via Tempone, Buccino (SA);
* **Linea b)** - *Voucher* per l’acquisto di posti in servizi di cura socio-educativi rivolti ai bambini di età 3 -12 anni “spendibili” nel periodo estivo presso il Centro Diurno Polifunzionale per Minori “L’acchiappasogni” sito in Via Tempone, Buccino (SA);
* **Linea c)** -fruizione di sportelli di orientamento-sostegno all’occupabilità femminile e spazi di coworking presso n. 3 *Concilia point* ubicati nell’Ambito territoriale S10, di cui uno presso la sede dell’Azienda Speciale Consortile AGORA’ S10 – Loc. valle Palomonte.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del Testo Unico emanato con D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole della decadenza dai benefici conseguiti in seguito a dichiarazioni non veritiere e del fatto che gli atti falsi e le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità

In qualità di: □ Genitore

□ Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

* di aver preso visione dell’avviso per l’individuazione dei beneficiari e l’assegnazione di Voucher per la fruizione degli interventi nell’ambito del Progetto “Mamme al Lavoro”;
* che il minore beneficiario dei servizi di cui alla **Linea di intervento a)** o alla **Linea di intervento b)** è: (Compilare una domanda per ogni minore)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e Cognome |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |

* Che il/la minore è figlio/a unico/a: SI □ NO □

se la risposta è NO:

Numero fratelli\_\_\_\_\_\_ Età 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Età 2\_\_\_\_\_\_ Età 3\_\_\_\_\_\_ Età 4\_\_\_\_\_\_ Età 5\_\_\_\_\_\_\_

* Che il minore è in situazione di disabilità;
* Che il minore è stato sottoposto alle regolari vaccinazioni obbligatorie ai sensi del D.L. 73/2017, convertito con modificazioni dalla Legge n. 119 del 31/07/2017;
* Che il minore ha le seguenti patologie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Che i genitori sono:

|  |  |
| --- | --- |
| MADRE |  |
| Nome e Cognome |  |
| Codice Fiscale |  |
| nata a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PADRE |  |
| Nome e Cognome |  |
| Codice Fiscale |  |
| nato a |  |
| il |  |
| residente in |  |
| alla Via/Piazza, n. |  |
| Telefono |  |
| E-Mail |  |
| PEC |  |

***AUTODICHIARAZIONE RELATIVA AL NUCLEO FAMILIARE***

NB: per nucleo familiare si intendono i soggetti tra i quali intercorre un rapporto di filiazione legittima, naturale o adottiva.

**Nucleo familiare** (segnare la tipologia);

* Entrambi i genitori viventi;
* Genitori divorziati/separati legalmente;
* Decesso di un componente della coppia;
* Componente della coppia in carcere;
* Componente della coppia emigrato all’estero;
* Ragazza madre/ragazzo padre;

NB: non viene riconosciuta la condizione di “nucleo monoparentale” nel caso in cui i genitori siano sposati e iscritti in separati stati di famiglia oppure il genitore, che ha in affidamento il bambino, conviva con altra persona.

* Presenza nel nucleo familiare di uno o più minori disabili (invalidità superiore al 67%);

**Bambino/a con**:

* Un genitore in situazioni di invalidità o disabilità (in possesso di certificazione sanitaria che attesti la condizione di non autosufficienza);
* Entrambi i genitori in situazioni di invalidità o disabilità (in possesso di certificazione sanitaria che attesti la condizione di non autosufficienza);

***AUTODICHIARAZIONE RELATIVA ALLA SITUAZIONE LAVORATIVA***

* Un solo genitore che lavora: □ Tempo pieno

□ Part time

* Entrambi i genitori che lavorano:

Mamma □ Tempo pieno

□ Part time

Papà □ Tempo pieno

□ Part time

* Entrambi i genitori disoccupato o inoccupati.

Si allegano:

* copia di un documento di identità in corso di validità del richiedente e del beneficiario;
* attestazione I.S.E.E. valida per l’anno corrente;
* Stato di famiglia;
* Autodichiarazione relativa alla situazione familiare (annessa al presente Modello di domanda);
* Autodichiarazione relativa alla situazione lavorativa (annessa al presente Modello di domanda);
* Segnalazione di eventuali patologie (ad es. insufficienza cardiaca, periodo post-operatorio, allergie e/o intolleranze, etc.);
* Eventuali certificazioni mediche attestanti lo stato di disabilità del minore;
* Copia degli atti giudiziari attestanti i diritti dei singoli genitori sui bambini per i genitori separati e divorziati a tutela loro e dei minori con allegata dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 attestante che la copia trasmessa è conforme all’originale;
* Certificato di regolarità dell’obbligo vaccinale per la frequenza al nido, ai sensi della L. 119/2017 (la mancata presentazione della documentazione nei termini previsti determina la decadenza dell’iscrizione e l’ammissione del bambino al servizio);
* eventuale certificazione ai sensi della legge 104/92 e ogni altra certificazione medica utile;

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| *Ai sensi dell’art. 13 del* *Regolamento UE n. 2016/679 ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:*   * **Titolare e responsabile del trattamento**   Il Titolare del trattamento è **l’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10”**, nella persona del dott. Giovanni Russo, Direttore Generale, domiciliato per la carica in Palomonte, Loc. Valle, snc – 84020.   * **Finalità e liceità del trattamento**   Ai sensi dell'art. 6 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento e pertanto il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per l’espletamento del servizio.   * **Modalità di trattamento e conservazione**   Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata e/o manuale, nel rispetto di quanto previsto dall’art. 32 del GDPR 2016/679) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dall’art. 29 GDPR 2016/ 679. Le segnaliamo che ai sensi dell'art. 5 (comma 1 lett. e) del GDPR 2016/679, i dati conferiti saranno conservati in modo permanente.   * **Ambito di comunicazione e diffusione**   Informiamo inoltre che i dati raccolti saranno trattati dai dipendenti del Piano Sociale di Zona S3 (ex S5) e comunicati, se necessario a: enti pubblici, consulenti o ad altri soggetti per l’adempimento degli obblighi di legge.   * **Trasferimento dei dati personali**   I dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell’Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea.   * **Esistenza di un processo decisionale automatizzato**   L’Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del GDPR 2016/679.   * **Diritti dell’interessato**   In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del GDPR 2016/679, il diritto di:   1. chiedere la conferma dell’esistenza o meno di propri dati personali; 2. ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; 3. ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli dal titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; 4. chiedere al titolare del trattamento l’accesso ai dati personali; 5. ottenere la rettifica dei dati; 6. proporre reclamo a un’autorità di controllo.   Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a Azienda Speciale Consortile “Agorà S10” – Località Valle, snc – 84020 Palomonte (SA) – pec: [consorzioagoras10@pec.it](file:///C:\Users\admin\Desktop\CONS.%20AGORA'\ATTI%20INTERNI%20AZIENDA\REGOLAMENTI%20AZIENDA%20CONSORTILE\regolamenti%20altri%20Enti\modelli%20B1\consorziosocialeagoras10@pec.it)  **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI**  **(Regolamento UE n. 2016/679, Articolo 9)**  Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:  **DICHIARA**  di aver preso visione dell’Informativa sull’uso dei dati personali (Regolamento UE n. 2016/679) ed espressamente acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all’espletamento del Servizio di cui al presente Avviso pubblico.  Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del dichiarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE n. 2016/679)***

**Da sottoscrivere per presa visione e consenso**