

ALL'UFFICIO DI PIANO  
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE  
N. 6 SANGRINO

PEC comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it

**PIANO INTERVENTI REGIONALI PER LA FAMIGLIA 2021  
AMBITO DISTRETTUALE SOCIALE N. 6 "SANGRINOE"  
ECAD/COMUNE DI CASTEL DI SANGRO  
AZIONE 1: BUONI SERVIZIO  
AZIONE 2: BUONI FORNITURA  
ANNUALITA' 2021 - CUP: F79J21015040002**

**Richiesta Bonus previsti dal Piano degli interventi integrati per la famiglia – annualità 2021.**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ tel./ cell. \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

(IL LIBRETTO POSTALE NON PUO' ESSERE ACCETTATO)

il conto corrente deve essere intestato alla richiedente. Nel caso sia intestato ad altro componente del nucleo familiare, indicare di seguito, obbligatoriamente, cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale dell'intestatario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

nell'ambito del "Piano degli interventi integrati per la famiglia – annualità 2021", di poter beneficiare di:  
(barrare la casella di interesse)

- BUONO SERVIZIO  
 BUONO FORNITURA

**(N.B. NON E' possibile richiedere il Buono Servizio e il Buono Fornitura IN QUANTO NON COMPATIBILI FRA LORO)**

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione resa, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000,

## DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti:

- essere **residente** nel Comune di \_\_\_\_\_;
- (**solo per richiedenti cittadine extracomunitarie**) di essere in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornante di lungo periodo, **come da documento allegato**;
- di avere il seguente **stato civile** \_\_\_\_\_;
- avere un **valore ISEE MINORI** pari a € \_\_\_\_\_ **come da documento allegato**;
- avere n° \_\_\_\_\_ figli minori a carico**;
- avere un nucleo familiare** la cui composizione e situazione è indicata nella tabella che segue:

Cognome	Nome	Data nascita	Grado parentela	Età	grado invalidità	handicap (L. 104/92 art. 3) indicare comma

- (**barrare solo se presente**) che nel **nucleo familiare** è/sono presenti n. \_\_\_\_\_ soggetto/i **disabile/i**, così come indicato in tabella, **come da certificazione allegata**;
- (**solo per le gestanti**) essere in stato di gravidanza, così come attestato da **certificato medico allegato**;
- di trovarsi nel seguente **status occupazionale (barrare una delle due opzioni)**:
  - disoccupata;
  - occupata presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_;
- che il **secondo genitore (se presente)** si trova nel seguente **status occupazionale (barrare una delle due opzioni)**:
  - disoccupato/a;
  - occupato/a presso \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_;
- di aver sostenuto le seguenti spese a valere sull'Azione 1 - Buono Servizio**:
  - Asilo Nido e Servizi integrativi al Nido (Spazio bambini 0-36 mesi; Centro per bambini e famiglie 0-36 mesi), per un importo pari a euro \_\_\_\_\_;
  - Ludoteca prima infanzia da 6 – a 36 mesi per un importo pari a euro \_\_\_\_\_;
  - Servizi educativi in contesti familiari e domiciliari per un importo pari a euro \_\_\_\_\_;
  - Servizio di Baby Sitter, esperito a seguito di sottoscrizione di regolare contratto ( da allegare) , per un importo pari a euro \_\_\_\_\_;
  - Servizi di Outdoor Education per un importo pari a euro \_\_\_\_\_;
  - Palestra per un importo pari a euro \_\_\_\_\_;così come si evince dalla **documentazione fiscale -probatoria in allegato**;

- di aver sostenuto le seguenti spese a valere sull'**Azione 2 – Buono Fornitura** per l'acquisto di beni di prima necessità per minori di età compresa tra 0 e 16 anni con esclusione di spese sostenute per l'acquisto di giocattoli o beni tecnologici, per un totale di euro \_\_\_\_\_, così come si evince dalla **documentazione fiscale probatoria in allegato**;
- che le spese suindicate sono state sostenute a partire dal \_\_\_\_\_ e comunque entro e non oltre la data di presentazione della domanda, così come si evince dalla **documentazione fiscale probatoria in allegato**.  
(voci da compilare obbligatoriamente se si è beneficiarie di altre forme di sostegno)
- di essere beneficiaria nell'anno 2022 del "**Bonus Asilo Nido INPS**" per un importo totale pari a euro \_\_\_\_\_, così come si evince dalla **documentazione probatoria in allegato**;
- di essere beneficiaria nell'anno 2022 di altre forme di sostegno/voucher/buono a valere sulle medesime spese sostenute per minori, erogate dal Comune di residenza e/o da altri enti pubblici, per un importo totale pari a euro \_\_\_\_\_, così come si evince dalla **documentazione probatoria in allegato**.

**A pena di esclusione, allega alla presente:**

- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità della richiedente;
- In caso di richiesta pervenuta da cittadina extracomunitaria, copia permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- Copia DSU e attestazione ISEE MINORI in corso di validità del nucleo familiare;
- Fatture/ricevute fiscali/scontrini o documenti probatori equivalenti, regolarmente quietanzati, dai quali si evidenzino le spese effettivamente sostenute a valere sull'Azione richiesta;
- In caso di richiesta pervenuta da una gestante, certificato medico attestante lo stato di gravidanza;
- In caso di presenza nel nucleo familiare di componente/i disabile/i copia certificazione/i rilasciata/e da competente autorità sanitaria attestante il grado di invalidità e, se presente, lo stato di handicap come stabilito da L. 104/92;
- In caso di richiesta pervenuta da nucleo familiare beneficiario del "Bonus Asilo Nido INPS" e/o di altre forme di sostegno a valere su spese per minori, erogate dal Comune di residenza e/o da altri enti pubblici, documenti attestanti il valore dei rimborsi riconosciuti;
- Altro \_\_\_\_\_.

**La sottoscritta, infine, dichiara quanto segue:**

- di avere preso visione dell'Avviso Pubblico finalizzato all'erogazione di Buoni Servizio, Buoni Fornitura di accettare le condizioni in esso previste;
- di impegnarsi a comunicare al Comune di residenza – entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuta a conoscenza- ogni variazione relativa alle condizioni personali, reddituali e familiari dichiarate all'atto della domanda, nonché ogni altro evento suscettibile di modificare la condizione del beneficiario;
- di essere a conoscenza che la documentazione presentata a corredo dell'istanza verrà sottoposta ai controlli previsti dalle leggi vigenti al fine di verificare la veridicità delle informazioni fornite e che, qualora si riscontrasse una situazione difforme rispetto alle dichiarazioni da me sottoscritte, è prevista la segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO ERESA AI SENSI DEL REG. UE N. 679/2016 (GDPR)**

Il Comune di Castel di Sangro, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo (Regolamento generale sulla protezione dei dati personali), fornisce le seguenti informazioni:

- a. il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Castel di Sangro, con sede in C.so V. Emanuele, 10, 1-CAP 6731 – Castel di Sangro, rappresentato dal Sindaco pro tempore quale legale rappresentante; PEC: comune.casteldiSangro.aq@pec.comnet-ra.it; iltitolare tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza/comunicazione con modalità prevalentemente informatiche e telematiche (ad esempio, utilizzando procedure e supporti elettronici) nonché manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo). In particolare, verranno trattati dal titolare per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o, comunque, connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati;
- b. l'Ente ha designato quale soggetto attuatore degli adempimenti necessari per la conformità dei trattamenti di dati personali attinenti l'esecuzione del presente procedimento il Responsabile del Sub Settore VI.2 Dott. A.R. Spagnoli:

ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it;

c. il conferimento dei dati è obbligatorio e il mancato conferimento non consente al titolare di svolgere l'attività/servizio da Lei richiesto. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio-attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività; i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento. Potranno essere comunicati ad altri soggetti a cui i dati devono essere obbligatoriamente comunicati per dare adempimento ad obblighi di legge o regolamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. In qualità di interessato, Lei ha il diritto di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento medesimo (artt. 15 e seguenti del RGPD e, infine, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante) secondo le procedure previste. Lei ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che La riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla Sua persona, salvi i casi previsti dal RGPD.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

