

PR CALABRIA FESR FSE+ 2021-2027

Obiettivo Specifico: ESO4.3. Promuovere una partecipazione equilibrata di donne e uomini al mercato del lavoro, parità di condizioni di lavoro e un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata, anche attraverso l'accesso a servizi abbordabili di assistenza all'infanzia e alle persone non autosufficienti (FSE+)

CONCILIA

AVVISO PUBBLICO A SPORTELLO

**per la concessione di voucher a sostegno
della conciliazione tra vita privata e vita lavorativa**

ALLEGATO 1 - Domanda di voucher

Format per la Domanda tramite Piattaforma

Alla Regione Calabria

Dipartimento Salute Welfare

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI VOUCHER A SOSTEGNO DELLA CONCILIAZIONE TRA VITA PRIVATA E VITA LAVORATIVA – PR CALABRIA FESR FSE+ 2021-2027

Il/La sottoscritto/a **[Nome e Cognome]**, nato/a a **[Luogo di nascita]** il **[Data di nascita]**, residente in **[Indirizzo completo]**, codice fiscale **[Codice Fiscale]**, telefono **[Numero di telefono]**, email **[Indirizzo email]**, PEC **[Indirizzo PEC]**,

CHIEDE

di poter beneficiare del voucher a sostegno della conciliazione vita-lavoro, nell'ambito dell'Obiettivo Specifico ESO4.3 del **PR CALABRIA FESR FSE+ 2021-2027**, finalizzato a promuovere la partecipazione equilibrata di donne e uomini al mercato del lavoro, parità di condizioni di lavoro e il miglior equilibrio tra vita professionale e privata.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000:

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti requisiti:
(Barrare le caselle che interessano)

- ☐ essere residente nel Comune di _____;
- ☐ *se cittadino non comunitario*: essere residente in Calabria ed in possesso di regolare permesso di soggiorno;
- ☐ essere lavoratrice e/o lavoratore dipendente, parasubordinato e/o autonomo (specificare tipologia di contratto e riferimenti del datore di lavoro; in caso di lavoratore autonomo specificare n. partita iva): _____;
- ☐ avere reddito ISEE pari a € _____;
- ☐ avere un nucleo familiare, la cui composizione e situazione è indicata nella tabella che segue:

Nominativo	Data e luogo di nascita	Grado parentela	In condizione di disabilità

			(Sì/NO)

- ☐ avere n° ____ figli minori a carico: (indicare età di ognuno) _____;
- ☐ avere n° ____ figli a carico in condizione di disabilità;
- ☐ avere n° ____ familiari a carico affetti da disabilità, senza alcun limite di età;
- ☐ che il/i familiare/i disabile convivente, per il/i quale/i vorrebbe usufruire del servizio, non gode già di voucher per servizi analoghi a quello di cui al presente avviso;
- ☐ di non avere usufruito di contributo pubblico (il voucher non è cumulabile con altre forme di assistenza erogate da enti pubblici e/o privati e deve essere utilizzato esclusivamente per l'annualità 2025).

DICHIARA

di voler usufruire dei seguenti servizi:

Prestazione/servizio	Soggetto erogatore (facente parte del Catalogo)
servizi di baby sitting e baby parking	
centri di aggregazione per ragazzi e adolescenti	
servizi di supporto all'apprendimento (lezioni individuali/educatore familiare/tutor per potenziamento	
servizi erogati da Centri Socio-Terapeutici per Disabili (CSTD)	

servizi di trasporto e/o accompagnamento offerti da soggetti abilitati/autorizzati (taxi sociale)	
servizi domiciliari alla persona con disabilità	
attività estive, offerte da scuole dell'infanzia e scuole primarie o altri istituti e strutture autorizzate	

Allega alla presente:

1. Attestazione ISEE in corso di validità;
2. Attestazione medica comprovante lo stato del figlio e/o familiare disabile convivente;
3. Documentazione comprovante il carico di cura del soggetto per cui si richiede il voucher;
4. Copia del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo in caso di richiedenti extracomunitari.

La/Il sottoscritto/a, infine, dichiara quanto segue:

- ☐ di avere preso visione dell'Avviso "Concilia" per l'ottenimento di voucher di servizi per il sostegno della conciliazione dei tempi tra vita privata e vita lavorativa;
- ☐ di impegnarsi a comunicare all'Amministrazione Regionale, Dipartimento Salute e Welfare, "U.O.A. – Assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale – Programmazione e integrazione socio-sanitaria" entro e non oltre 15 giorni dalla data in cui ne sarò venuto/a 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 Destinatario;
- ☐ 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;
- ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali secondo la normativa vigente;
- ☐ di impegnarsi a utilizzare il voucher esclusivamente presso i soggetti erogatori presenti nel Catalogo regionale, come previsto dall'avviso pubblico a sportello;
- ☐ di avere cura di conservare il numero di protocollo ricevuto tramite sistema informatico a comprova della corretta presentazione della Domanda;
- ☐ di essere consapevole che l'assegnazione del voucher è subordinata alla verifica dei requisiti e alla disponibilità delle risorse stanziare;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo e di conservare la relativa documentazione oppure di essere esente dal pagamento per (specificare motivi esenzione) _____.