



# INVESTIAMO NEL TUO FUTURO

## “Domanda di ammissione - “Family Help”

Al Comune di \_\_\_\_\_  
P.zza/Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### QUADRO A – DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE (PERSONA CHE NECESSITA DELL'INTERVENTO DI CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Comune afferente la Zona Sociale n. 7  
Via / P.zza \_\_\_\_\_ n.° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
domiciliato presso \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_  
Stato civile<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Cittadinanza<sup>2</sup>:  
 cittadino italiano;  
 cittadino comunitario;  
 familiare extracomunitario di cittadini comunitari, titolari di carta di soggiorno o di diritto di soggiorno permanente n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_;  
 cittadino extracomunitario regolarmente soggiornante in Italia in possesso di carta di soggiorno n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ o in caso di rinnovo con ricevuta di presentazione in data \_\_\_\_\_;  
 titolare di status di rifugiato (indicare l'ente che ha rilasciato l'attestato, il numero e la data) \_\_\_\_\_;  
 titolare di status di protezione sussidiaria \_\_\_\_\_;

<sup>1</sup> Celibe/Nubile; Coniugato/a; Vedovo/a; Divorziato/a; Separato/a; Convivente secondo le normative vigente.

<sup>2</sup> Italiana; Comunitaria; extracomunitaria in possesso di carta/permesso di soggiorno (ivi compresi i titolari di protezione internazionale, protezione umanitaria e richiedenti asilo), esclusi i titolari di visto di breve durata.

Vista la DGC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ con la quale è stato pubblicato l'Avviso pubblico "Family help: buoni servizio per prestazioni individuali di lavoro a domicilio per finalità di conciliazione di tempi di vita e di lavoro di persone e famiglie".

Consapevole delle sanzioni civili e penali cui potrà andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46 e 47 nonché dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, punite dal Codice Penale e dalle Leggi speciali in materia, nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 D.P.R. 445/2000 relative alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

#### CHIEDE

di essere ammesso a ricevere il contributo di € \_\_\_\_\_ (indicare l'importo nell'ammontare massimo di € 800,00) per la retribuzione di prestazioni di lavoro erogate da un prestatore di lavoro a domicilio per finalità di conciliazione di tempi di vita e di lavoro e, a tal fine, si impegna nell'ipotesi in cui faccia ricorso ad un rapporto di lavoro di cui all'art. 54 bis del Decreto Legge 24 aprile 2017 n. 50, convertito dalla legge n. 96 del 21/06/2017 ad avvalersi prioritariamente dei lavoratori iscritti all'elenco regionale "Family Helper" pubblicato sul portale regionale alla pagina <http://www.regione.umbria.it/sociale> e ad accettare le regole relative alla richiesta di erogazione delle prestazioni ai "family helper" come da allegato B) di cui all'avviso ex DD n. 5875 del 30/06/2016.

A tale fine

#### DICHIARA

##### QUADRO B – SITUAZIONE FAMILIARE:

Famiglia mono-genitoriale	SI	NO
---------------------------	----	----

##### QUADRO C – SITUAZIONE LAVORATIVA/ FORMATIVA (requisito per accedere all'intervento)

<input type="checkbox"/> di essere titolare di un contratto di lavoro _____	3,
<input type="checkbox"/> di svolgere un lavoro autonomo; _____	4
<input type="checkbox"/> di essere iscritto ad un corso di formazione e/o di qualificazione professionale _____	5
<input type="checkbox"/> di svolgere un tirocinio extra-curriculare _____	6
<input type="checkbox"/> di svolgere pratica professionale _____	7

<sup>3</sup> Indicare il datore di lavoro: nome/ditta/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale

<sup>4</sup> Indicare partita Iva e iscrizione CCIA

<sup>5</sup> Indicare il nome/ragione sociale del soggetto formatore e il nome del corso che si frequenta

<sup>6</sup> Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolto il tirocinio extra-curriculare e il nome del corso che si frequenta

- di svolgere pratica per l'accesso alle professioni ordinarie \_\_\_\_\_

8

**QUADRO D – SITUAZIONE FAMILIARE - CARICO DI "CURA"<sup>9</sup> (requisito per accedere all'intervento) :**

- di trovarsi in una o più situazioni in cui si rende necessaria la "cura" di altre persone facenti parte del proprio nucleo familiare anagrafico, oppure, se non facenti parte del nucleo familiare anagrafico, almeno siano legate da vincolo di parentela o di affinità in linea retta, fino al 3° grado e collaterale fino al 2° grado, o di coniugio ovvero convivenza ai sensi della normativa vigente, secondo la normativa vigente, **come previsto dall'art. 3 comma 1 lett. f)** dell'avviso pubblico quali :
- presenza di 2 o più figli minori di 6 anni;
  - presenza di solo 1 figlio minore di 6 anni;
  - presenza di 2 o più figli minori, di età compresa fra 6 e 16 anni;
  - presenza di solo 1 figlio minori, di età compresa fra 6 e 16 anni;
  - presenza di 2 o più persone adulte bisognose di 'cura', fino a 64 anni di età;
  - presenza di solo 1 persona adulta bisognose di 'cura', fino a 64 anni di età;
  - presenza di 2 o più persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni, nei limiti cui all'art. 3, co. 4 lett. a) e b) dell'avviso pubblico;
  - presenza di solo 1 persona anziana di età uguale o superiore a 65 anni, nei limiti cui all'art. 3, co. 4 lett. a) e b) dell'avviso pubblico;
  - presenza di 2 o più persone con disabilità (ai sensi dell'art. 3 co.1 lett. f) punto 4 dell'avviso pubblico) handicap certificato ai sensi della L.104/92);
  - presenza di solo 1 persona con disabilità (ai sensi dell'art. 3 co.1 lett. f) punto 4 dell'avviso pubblico) handicap certificato ai sensi della L.104/92)

**INOLTRE DICHIARA CHE**

- le persone cui si presta cura ai sensi dell'Avviso non fruiscono di servizi in strutture sociali, socio sanitarie e sanitarie a ciclo residenziale;
- le persone cui si presta cura ai sensi dell'Avviso Pubblico *di selezione per la realizzazione di progetti di "domiciliarità per anziani non autosufficienti e per la riduzione della residenzialità finanziato con risorse a valere sul POR FSE Umbria 2014-2020;*

<sup>7</sup> Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica professionale

<sup>8</sup> Indicare il nome/ragione sociale e partita IVA/codice fiscale del soggetto presso il quale è svolta la pratica

<sup>9</sup> Nel caso in cui, più persone di cui all' art. 3 comma 1 lettera f) dell'avviso pubblico, facciano parte dello stesso nucleo familiare può essere presentata una domanda riferita solo ad una di esse a pena di inammissibilità.

### INOLTRE SI IMPEGNA A

- comunicare la perdita/modifica dei requisiti di cui all'art. 3 comma 1 lett. e) e f) dell'avviso, nonché della perdita della residenza in uno dei Comuni della Regione Umbria;
- comunicare, nel periodo intercorrente tra l'emanazione del provvedimento di concessione e il termine di cui all'art. 4 comma 2, dell'avviso fatti o eventi che vanno ad incidere sull'utilizzabilità del contributo concesso.

### QUADRO D – SITUAZIONE REDDITUALE COME DA CERTIFICAZIONE ISEE

- inferiore a 5.000 euro
- da 5.000,01 euro a 10.000,00 euro
- da 10.000,01 euro a 15.000,00 euro
- da 15.001,00 a 20.000,00 euro
- da 20.001,00 euro a 25.000,00 euro

### INFINE DICHIARA

- di godere dei diritti civili e politici (*I cittadini stranieri devono godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza, fatta eccezione per i titolari dello status di rifugiato o dello status di protezione sussidiaria*).
- di aver ricevuto idonea informativa, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice della Privacy) circa il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e di seguito riportati per i fini istituzionali propri dell'Ente e per le finalità di cui alla presente procedura.

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue:

il trattamento dei dati, anche sensibili e giudiziari, collegato all'intervento richiesto, è finalizzato allo svolgimento di compiti istituzionali e viene eseguito presso gli Uffici competenti nel rispetto di leggi e regolamenti e dei principi di necessità e di pertinenza. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti pubblici e privati nei limiti previsti da leggi e regolamenti.

Il trattamento viene eseguito con l'utilizzo di procedure anche informatizzate nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, con le cautele previste dalle leggi e nel rispetto delle direttive impartite dal Garante per la tutela dei dati personali.

Il conferimento dei dati è in genere facoltativo. Il rifiuto di tutti o parte dei dati richiesti potrebbe causare la mancata erogazione del servizio di assistenza o potrebbe generare difficoltà nella corretta ricerca della migliore soluzione.

Agli interessati sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003 ed in particolare, il diritto di conoscere i propri dati personali, di chiedere la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, ove consentita, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo richiesta al Titolare.

Il comune capofila di Gubbio della Zona Sociale n. 7 è Titolare del trattamento dei dati personali gestiti dalle proprie articolazioni organizzative per lo svolgimento delle relative funzioni istituzionali.

Il Responsabile del trattamento è il Dirigente del Servizio Caldarelli Raoul G.L.. Il personale impiegato nel percorso del Progetto Vita Indipendente, nell'ambito dello svolgimento delle proprie mansioni, è incaricato del trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegati:**

- 1) certificazione ISEE in corso di validità ai sensi della normativa vigente;
- 2) certificazione attestante l'handicap ex l. 104/92 (per le persone bisognose di "cura" che ricadono in questa condizione);
- 3) copia documento di identità del richiedente sottoscrittore.
- 4) copia del permesso di soggiorno o del cedolino di rinnovo.