



Cofinanziato
dall'Unione europea



INSERIRE
LOGO
PROPRIO
COMUNE

Domanda di ammissione al “Progetto conciliazione” promosso dalla Regione Emilia-Romagna giugno/settembre 2025

N. assegnato

_____ / _____

Io sottoscritto/a COGNOME _____ NOME _____
 nato il ____ / ____ / ____ a _____
 residente a _____ Via _____ N. _____
 Codice Fiscale _____
 Telefono fisso _____ Cellulare madre _____
 Cellulare padre _____ e-mail _____

In qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale del bambino/a:

COGNOME _____ NOME _____
 nato il ____ / ____ / ____ a _____
 Codice Fiscale _____ Sesso _____
 Cittadinanza _____
 residente a _____ Via _____ N. _____
indicare solo se diversa dal genitore
 iscritto alla classe _____ Sezione _____ per l'a.s. 2024/2025
 presso la scuola _____
 Con certificazione L.104/1992 (barrare se presente allegare
certificazione)

CHIEDO L'AMMISSIONE

al “Progetto conciliazione” promosso dalla Regione Emilia-Romagna e a tal fine DICHIARO

di aver presentato richiesta di iscrizione al servizio/centro estivo

Il contributo è riferito al **solo costo di frequenza**: sono esclusi eventuali costi per gite, uscite, piscina, ecc. e per le spese di assicurazione

Servizio	Periodo	Costo settimanale
<input type="checkbox"/> Servizio Estivo con sede nel Comune di	<ul style="list-style-type: none"> • dal _____ al _____ 	€ € € €

<input type="checkbox"/> Centro Estivo/Campo giochi con sede nel Comune di	• dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____	€ € € €
<input type="checkbox"/> Centro Estivo/Campo giochi con sede nel Comune di	• dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____	€ € € €
<input type="checkbox"/> Centro Estivo/Campo giochi con sede nel Comune di	• dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____	€ € € €

INFINE ALLEGO ORIGINALE RICEVUTA DI PAGAMENTO AL CENTRO ESTIVO o ATTESTAZIONE DI AVVENUTO BONIFICO E DICHIARO sotto la mia personale responsabilità, con riferimento specifico al servizio richiesto, ai sensi dell'art.47 del DPR n.445/2000, consapevole del fatto che potranno essere effettuati controlli e che in caso di dichiarazioni false saranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 del DPR n. 445 del 28/12/2000), quanto segue:

- ❖ LA SEGUENTE SITUAZIONE ECONOMICA determinata ai sensi del DPCM 5 dicembre 2013, n. 159 e allego copia dell'attestazione ISEE 2025 o, in mancanza di questa, dell'ISEE 2024 o dell'ISEE corrente. (non necessario se presente certificazione L.104/1992)

Valore ISEE in Euro	DSU richiesta in data
_____	_____

- ❖ Il/la figlio/a vive con un solo genitore (nucleo mono genitoriale) SI NO
- ❖ La seguente situazione lavorativa:

PADRE (o chi esercita la potestà genitoriale)	
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente	<input type="checkbox"/> Lavoratore parasubordinato
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo o associato (Indicare n. Partiva IVA) _____	
presso la ditta _____ via _____ N. _____ Comune _____	
Telefono ditta _____ e-mail ditta _____	
<input type="checkbox"/> In cassa integrazione o in mobilità	<input type="checkbox"/> Fruttore di altri ammortizzatori sociali e nello specifico: _____
<input type="checkbox"/> Non occupato in quanto impegnato in modo continuativo in compiti di cura con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità grave o non autosufficienza come definiti ai fini ISEE	
<input type="checkbox"/> Disoccupato che partecipa alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio firmato il presso il Centro per l'impiego di	
MADRE (o chi esercita la potestà genitoriale)	
<input type="checkbox"/> Lavoratrice dipendente	<input type="checkbox"/> Lavoratrice parasubordinata
<input type="checkbox"/> Lavoratrice autonoma o associata (Indicare n. Partiva IVA) _____	

presso la ditta _____

via _____ N. _____ Comune _____

Telefono ditta _____ e-mail ditta _____

- In cassa integrazione o in mobilità

Non occupato in quanto impegnato in modo continuativo in compiti di cura con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità grave o non autosufficienza come definiti ai fini ISEE

Fruitore di altri ammortizzatori sociali e nello specifico:

Disoccupata che partecipa alle misure di politica attiva del lavoro definite dal Patto di servizio firmato il presso il Centro per l'impiego di

AUTORIZZO all'accredito del contributo sul seguente Conto corrente:

IBAN

Banca

For more information about the study, please contact Dr. John Smith at (555) 123-4567 or via email at john.smith@researchinstitute.org.

II/La richiedente dichiara di essere a conoscenza che in caso di attribuzione del presente contributo, possono essere eseguiti controlli su quanto dichiarato, diretti ad accettare la veridicità delle informazioni fornite. **Informativa – consenso Tutela della privacy:** dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 pubblicato integralmente sul sito del Comune di XXXXXXXXXXXXXXXX e di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi della legge in parola e nelle modalità ivi contemplate, potendo esercitare i diritti previsti dalla legge (Diritti dell'interessato). I dati forniti saranno utilizzati unicamente per consentire l'erogazione del servizio richiesto, non dovranno essere comunicati ad altro titolare e non dovranno essere soggetti a diffusione senza espresso consenso. I dati potranno essere comunicati a Regione Emilia-Romagna per le attività di gestione, rendicontazione, monitoraggio e controllo previste dai regolamenti UE. I dati potranno essere comunicati ad Autorità di Controllo nazionali ed europee nell'ambito delle loro attività istituzionali.

Per accettazione di tutte le condizioni sopra indicate

Data

firma