

DISTRETTO DI GALLARATE - UFFICIO DI PIANO

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL TITOLO SOCIALE FINALIZZATO AD
INTEGRARE I COSTI SOSTENUTI PER LA FREQUENZA AGLI ASILI NIDO
PUBBLICI - FASCIA 0 - 3**

ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 7/10/2010 relativa al riparto della quota del Fondo
per le politiche della famiglia a favore dei servizi socio educativi per la prima infanzia
e di altri interventi a favore delle famiglie

Riservato al Comune di Residenza

Data di presentazione _____

Protocollo N° _____

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

nato/a _____ Prov. di _____ il _____

residente a _____ Prov. di _____ Cap. _____

Via/Piazza _____ N° _____ Tel. _____

CHIEDE

L'assegnazione del titolo sociale secondo quanto definito nel documento "REGOLAMENTO PER L'EROGAZIONI DI TITOLI SOCIALI AD INTEGRAZIONE DEI COSTI SOSTENUTI PER LA FREQUENZA AGLI ASILI NIDO PUBBLICI - FASCIA 0 - 3".

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e nell'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale delle Leggi Speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

1 che il proprio nucleo familiare è residente a _____

2 che il figlio/a _____ nato il _____ è iscritto all'Asilo Nido comunale
_____ di _____ per l'anno scolastico 2013/2014 sezione:

lattanti

divezzini

divezzi

2/a che il figlio/a _____ nato il _____ è iscritto all'Asilo Nido comunale _____ di _____ per l'anno scolastico 2013/14 sezione:

- lattanti
- divezzini
- divezzi

1. che il figlio/a _____ nato il _____ è iscritto alla Scuola dell'Infanzia _____ di _____ per l'anno scolastico 2013/2014;
2. che il proprio figlio/a o congiunto _____ è stato riconosciuto/a invalido/a come da verbale numero _____ in data _____ rilasciato dalla Commissione Sanitaria per accertamento degli stati di invalidità dell'ASL di _____

OPPURE

che il proprio figlio/a o congiunto _____ è in possesso di certificazione medica attestante il livello di autosufficienza residua e di necessità di accudimento rilasciata in data _____ dal Dott. _____

3. che le persone inserite nello stato di famiglia del richiedente sono quelle indicate nella tabella di seguito:

Grado di parentela Richiedente	Cognome Nome	Data di nascita	Codice fiscale

4. che il reddito ISEE è pari a Euro _____;
5. che il titolo verrà utilizzato per il pagamento della retta di frequenza all'Asilo Nido;
6. di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche che determinino la perdita del diritto alla concessione del titolo sociale;
7. di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1 potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accettare la veridicità delle dichiarazioni rese, pena la decadenza dai benefici ottenuti;
8. di autorizzare il Comune Ente Gestore ad introitare l'importo dell'eventuale titolo sociale concesso detraendolo dalla retta mensile applicata;
9. di accreditare l'eventuale beneficio economico:

Sul conto corrente bancario/postale intestato a _____

CODICE IBAN

Banca/Posta: _____ Agenzia di: _____

o attraverso mandato di pagamento da ritirare presso la tesoreria del Comune di Residenza

In fede
Luogo e data _____

FIRMA

Allegati:

- Modello A1
- Certificazione di invalidità
- Altra documentazione attestante particolare stato di bisogno e di fragilità

**Informativa ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003
"Codice in materia di protezione dei dati personali" (Privacy)**

Ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 30.06.2003 (di seguito T.U.) ed in relazione ai dati personali di cui l'ufficio entrerà in possesso, si informa di quanto segue:

1. Il trattamento dei dati personali è finalizzato esclusivamente alla corretta e completa esecuzione delle attività proprie dell'ufficio, alla erogazione del servizio da lei richiesto, e a fini contabili e statistici;
2. Il trattamento dei dati personali può consistere nelle operazioni indicate all'art.4 c.1 lett.A) del T.U. (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati). Le operazioni possono essere svolte con supporto cartaceo e attraverso l'organizzazione di archivi automatizzati;
3. Il conferimento dei dati personali e sensibili è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività proprie dell'ufficio ed è condizione per l'erogazione del servizio richiesto ai sensi del regolamento comunale;
4. La mancata comunicazione dei dati richiesti, impedisce l'erogazione del servizio richiesto;
5. I dati personali e sensibili possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento, e possono essere comunicati a collaboratori e/o altri soggetti rispetto ai quali la comunicazione è necessaria per il corretto adempimento dei compiti dell'ufficio (es. ASL, Ufficio di Piano Distrettuale). Nel caso di servizi di erogazione contributi di varia natura, i dati personali sono comunicati agli Istituti di credito per il pagamento e nel caso in cui sia richiesta la compartecipazione dell'utente agli enti, anche privati, concessionari per la riscossione. Nel caso di servizi erogati in appalto, o comunque tramite terzi, i dati personali e sensibili sono altresì comunicati alla Ditta in rapporto di convenzione e/o collaborazione con questo Ente per lo svolgimento del servizio stesso.
6. I dati richiesti non sono soggetti a diffusione.
7. L'art.7 del T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei propri dati, delle finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti ai quali i dati possono essere comunicati. L'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; l'interessato ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano.
8. Il titolare del trattamento dei dati personali è _____, Via _____
n. ____.
(inserire nominativo dell'ente)
9. Il responsabile del trattamento è il sig. _____ in qualità di _____

Si sottoscrive la presente in segno di accettazione di quanto in essa espresso, si acconsente specificatamente ed espressamente al trattamento dei dati personali, nonché alla loro comunicazione.

Luogo e data _____

FIRMA

SCHEDA DI PRESENTAZIONE DELLA SITUAZIONE FAMILIARE

(Da allegare alla richiesta di erogazione del titolo – Indicare con una X le condizioni che rappresentano la situazione della famiglia)

CARATTERISTICHE DELLA RETE FAMILIARE

- Famiglie con meno di tre figli
- Famiglie con tre figli
- Famiglie con quattro o più figli
- Famiglie monoparentali
- Famiglie con la presenza di un minore con disabilità
- Famiglie con la presenza di un adulto con disabilità
- Presenza di più figli all'Asilo Nido
- Presenza di figli frequentanti la Scuola Dell'Infanzia non statale
- Presenza nel nucleo familiare di anziani non autosufficienti

SITUAZIONE LAVORATIVA

- Stato di disoccupazione dei componenti maggiorenni del nucleo attestato dall'ufficio competente
- Presenza di contratti con ammortizzatori sociali
- Riduzione dell'orario di lavoro di un genitore

Luogo e data _____

FIRMA
