

**DISTRETTO SOCIO-SANITARIO 14**  
Acireale, Acibonaccorsi, Acicastello, Acicatena, Aci Sant'Antonio, Santa Venerina, Zafferana Etnea

**VOUCHER DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE PER L'ACCESSO AI SERVIZI PER L'INFANZIA**  
**ANNO SCOLASTICO 2015-2016**

**AL SIG. SINDACO**

**COMUNE DI \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'assegnazione del VOUCHER a copertura della retta di frequenza nell' anno 2015-2016 presso servizi iscritti al Catalogo del Distretto socio-sanitario 14, per ciascuno dei figli di seguito indicati .**

Nr.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita
1		
2		
3		
4		

A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000 n. 445, consapevole della responsabilità e sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

**DICHIARA**

1. che il proprio codice fiscale è il seguente

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. che il recapito e Codice Fiscale dell'altro genitore del/ i minori per i quali si chiede il buono del servizio è il seguente :

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Nome e cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela	Posizione lavorativa
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

3. che, ai fini dell'ammissione, il reddito ISE Anno 2013 riferito alla composizione familiare dichiarata, è pari a € \_\_\_\_\_
4. di essere in possesso di attestazione ISEE Anno 2013 riferita alla composizione familiare dichiarata, pari ad € \_\_\_\_\_ rilasciata da .....  
prot. n.....
5. che, ai fini della esenzione o compartecipazione al costo del servizio, la somma dei redditi del richiedente e dei familiari conviventi, comunque percepiti e da chiunque erogati nell'anno 2013, è pari ad € \_\_\_\_\_;
6. che l'abitazione del nucleo è:  in affitto  altro \_\_\_\_\_
7. di possedere i seguenti beni immobili:  casa di abitazione  altro \_\_\_\_\_  
 nessun bene immobile
8. di essere a conoscenza che l'assegnazione del buono di servizio avverrà per la frequenza di strutture iscritte al Catalogo dell'offerta dei servizi del Distretto socio-sanitario 14;
9. di essere a conoscenza che, a parità di punteggio, si procederà all'assegnazione del voucher alla famiglia con bambini di età maggiore;
10. di essere a conoscenza che il valore del voucher sarà corrisposto direttamente al servizio frequentato dopo che quest'ultimo avrà comunicato al Settore Servizi Sociali del Comune di residenza l'iscrizione e la frequenza dell'alunno beneficiario del buono;
11. di essere a conoscenza che l'assenza ingiustificata protratta per 15 giorni consecutivi comporta la decadenza dal beneficio, e l'assegnazione del buono revocato ad altro beneficiario secondo l'ordine di graduatoria;
12. di comunicare, tempestivamente, al Settore Servizi Sociali del Comune di residenza l'eventuale ritiro definitivo del proprio figlio/a dal servizio indicato ;
13. di essere a conoscenza che il buono di servizio è corrisposto a copertura totale/parziale delle rette di frequenza e che, pertanto, si obbliga a versare direttamente alla struttura scelta la differenza tra l'importo erogato dal Comune e la retta di frequenza standard applicata;

14. di essere a conoscenza che il mancato pagamento della quota a proprio carico della retta mensile, come sopra determinata, comporta la decadenza dal beneficio, e l'assegnazione del buono revocato ad altro beneficiario secondo l'ordine di graduatoria;

15. di trovarsi, ai fini della formulazione della graduatoria, nelle seguenti condizioni:

**a) Caratteristiche del nucleo familiare:**

- 1) N. figli \_\_\_\_\_
- 2) Bambino con certificazione A.S.P.
- 3) Padre, madre, fratelli con invalidità (possesso di verbale Commissione Invalidi Civili)
- 4) Altri parenti conviventi completamente impediti con invalidità (possesso di verbale Commissione Invalidi Civili)
- 5) Nucleo monogenitoriale:
  - vedovo/a
  - nubile/celibe con figlio riconosciuto da un solo genitore
  - allontanamento/abbandono di uno dei coniugi accertato in sede giurisdizionale e prevista dal D.C.P.Mn. 221/99 e s.m.
  - legalmente separato (D.C.P.M. n. 221/99 e s.m)
  - nubile/celibe con figlio riconosciuto dall'altro genitore non convivente
- 6) nuova gravidanza

**b) lavoro genitori**

- orario settimanale
- studio/formazione
- pendolarità quotidiana
- lavoro notturno
- disoccupazione (comprovata da dichiarazione di disponibilità al Lavoro presso Centro per l'impiego, licenziamento negli ultimi tre mesi)

**c) ulteriori elementi aggiuntivi di punteggio**

- richiesta supportata da relazione Servizio Sociale del comune di residenza
- genitore detenuto
- bambino in affidamento familiare
  - famiglia con altro figlio frequentate servizio per la prima infanzia

16. che il proprio/i figlio/i frequenterà/anno : \_\_\_\_\_

o, in alternativa \_\_\_\_\_

**ALLEGA ALLA PRESENTE:**

- 1) Fotocopia carta d'identità in corso di validità del richiedente

**AUTORIZZA**

Il Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati rilasciati ai sensi del D. Lgs.196/2003 "Codice in

**Firma**

\_\_\_\_\_