



Comune di
Canossa

Domanda di ammissione al “Progetto conciliazione” promosso dalla Regione Emilia-Romagna giugno/settembre 2024

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 _____
indicare solo se diversa dal genitore
residente a _____ Via _____ N. _____
iscritto alla classe _____ Sezione _____ per l'a.s. 2023/2024
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	• dal _____ al _____	€
.....	• dal _____ al _____	€
con sede nel Comune di	• dal _____ al _____	€
.....	• dal _____ al _____	€

<input type="checkbox"/> Centro Estivo/Campo giochi con sede nel Comune di	<ul style="list-style-type: none"> • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ 	€ € € €
<input type="checkbox"/> Centro Estivo/Campo giochi con sede nel Comune di	<ul style="list-style-type: none"> • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ • dal _____ al _____ 	€ € € €
<input type="checkbox"/> Centro Estivo/Campo giochi con sede nel Comune di	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2024 o, in mancanza di questa, dell'ISEE 2023 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"/> 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"/> Fruitore di altri ammortizzatori sociali e nello specifico: _____ <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) _____	

