



**ALLEGATO 1**

**DIREZIONE REGIONALE LAVORO**

**FONDO EUROPEO DI ADEGUAMENTO ALLA GLOBALIZZAZIONE (FEG) DOMANDA  
DI AIUTO EGF/2011/016 IT/AGILE**

**SCHEMA DI DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER DI CONCILIAZIONE  
DI CUI AL “REGOLAMENTO SUI CRITERI PER L’ ASSEGNAZIONE DEI VOUCHER  
DI CONCILIAZIONE A FAVORE DEI LAVORATORI IN ESUBERO DELL’AZIENDA  
AGILE SRL CON SEDE NELLA REGIONE LAZIO”**



### **SCHEMA DI DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER DI CONCILIAZIONE**

Il/la sottoscritto/a cognome ..... nome .....

nato/a.....comune di nascita.....

il.....,residente in .....domiciliato in.....

codice fiscale.....cellulare

numero.....indirizzo email.....

**consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. e della conseguente decadenza dei benefici di cui all'art. 75 del citato D.P.R.**

#### **DICHIARA**

- di essere inserito nell'azione voucher formativo di cui all'avviso approvato con determinazione dirigenziale n. G03104 del 27/11/2013 e precisamente .....(*indicare il corso di formazione o il tirocinio con la sede e il soggetto ospitante*)

- di essere.....(*indicazione dello stato civile*)

- di essere (*specificare*):

- o diversamente abile (l.104/92 e s.m.i) ;
- o con figli minori di età compresa tra 0 e 3 anni;

- o con figli minori di età compresa tra 0 e 13 anni diversamente abili;
- o convivente con anziani disabili con età superiore a 65 anni.

#### CHIEDE

l'assegnazione del voucher di conciliazione FEG di cui alla domanda di aiuto n. egf/2011/016 it/agile per :

nome.....cognome.....nato/a.....a.....il.....

*barrare una delle seguenti caselle:*

- padre
- madre
- figlio
- figlia
- fratello
- sorella
- marito
- moglie

*che si trova nella seguente condizione (specificare):*

- minore affidato/a .....il.....con atto n.....del.....
- anziano non autosufficiente.....(specificare)
- malato cronico.....( *specificare* ) ;
- diversamente abile (L.104/92 e s.m.i.)
- malato terminale.....( *specificare* )

con lui/lei domiciliato/a in.....via.....n.....

2. Di avere un reddito ISEE (Indicatore di situazione Economica Equivalente) del nucleo familiare in cui l'assistito è inserito, non superiore a Euro 30.000,00 riferito all'anno 2012 e precisamente:

- da 0 a 5.164,99
- da 5.165,00 a 15.000,00
- da 15.000,01 a 25.000,00
- da 25.000,01 a 30.000,00

3. di non aver percepito contributi o altre sovvenzioni da organismi pubblici per le medesime attività .

4. Di aver stipulato in data .....un regolare contratto di lavoro con .....(nome e cognome) ..... nato/a a.....il .....residente in.....via.....n.....

Il /la sottoscritto/a si impegna a pena di decadenza del beneficio concesso al rispetto dei seguenti obblighi:

- osservare tutte le condizioni di ammissibilità per l'intero periodo di validità del beneficio;
- non interrompere volontariamente l'attività formativa;
- mantenere le condizioni di assistenza verso i familiari.
- presentare i documenti di spesa nei tempi indicati dall'amministrazione provinciale e regionale.
- presentare attestazione di "dichiarazione sostitutiva unica" reddito ISEE;
- comunicare le coordinate del c/c bancario o postale per l'accredito del contributo riconosciuto del **"voucher di conciliazione"**;
- rispettare le condizioni previste dal regolamento con cui si stabiliscono i criteri per l'assegnazione del **"voucher di conciliazione"** di cui alla determinazione dirigenziale n..... del.....;

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato edotto sulla normativa comunitaria, in particolare sul FEG nonché sulla normativa nazionale e regionale di riferimento.

Data.....

Firma.....

Ai sensi della DGR n. 551 del 5/12/2012, ai fini del trattamento dei dati personali, il titolare delle banche dati provinciali è la Provincia di Roma.

La raccolta e trattamento dei dati conferiti sono effettuati dalla Provincia di Roma in qualità di soggetto attuatore nell'ambito della domanda di aiuto n. EGF/2011/016 IT/AGILE, per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali.

Ai sensi e per gli effetti del d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), la informiamo che la raccolta e il trattamento dei dati da Lei conferiti all'interno del presente modulo sono effettuati con la esclusiva finalità di abilitare l'utente all'accesso e fruizione dei servizi ivi richiesti.

Il trattamento dei dati, realizzato attraverso operazioni o complessi di operazioni indicate nel d.lgs. 196/2003 sopra citato, sarà effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici e/o con supporti cartacei ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati dalla Provincia di Roma.

L'eventuale rifiuto di conferire i dati personali da parte dell'interessato comporta l'impossibilità per lo stesso di usufruire dei servizi richiesti.

In relazione al trattamento dei dati raccolti, il soggetto interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del suddetto d. lgs. 196/2003. In particolare l'interessato può:

- ottenere dal titolare o dai responsabili del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile;
- avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei dati;
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

Allega fotocopia documento di identità;

Allega dichiarazione sostitutiva unica" reddito ISEE.

Allega copia del certificato medico rilasciato da strutture sanitarie competenti.