

**VOUCHER A PARZIALE COPERTURA DEGLI ONERI DI CURA.  
PERIODO 01.07.2017/31.12.2018**

IL SOTTOSCRITTO .....nato a.....il  
 ...../...../.....,C.F.....residente a .....via  
 ..... n. ....,  
 cell./tel. ....email.....  
 dipendente dell'impresa .....con sede a .....

**CHIEDE**

**di beneficiare dell'erogazione di voucher a parziale copertura degli oneri per (barrare e compilare la parte per la quale si presenta l'istanza):**

le rette d'iscrizione sostenute per la frequenza di servizi per la prima infanzia (Micro nido, Asilo nido, Nido famiglia e Centri per la prima infanzia) pubblici e privati del proprio figlio/i

| <b>Nominativo</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Servizio fruito - Sede</b> | <b>Spesa mensile da sostenere</b> |
|-------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   |                        |                               |                                   |
|                   |                        |                               |                                   |

le rette sostenute dalle per la frequenza di Centri di aggregazione giovanile e Servizi postscolastici per i minori dai 6 ai 14 anni a gestione pubblica ovvero privati del proprio figlio/i

| <b>Nominativo</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Servizio fruito - Sede</b> | <b>Spesa mensile da sostenere</b> |
|-------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   |                        |                               |                                   |
|                   |                        |                               |                                   |

delle spese sostenute per il ricorso a servizi di accudimento di minori ricompresi nella fascia d'età 0-14 anni (babysitteraggio o analoghi) resi da soggetti privati

| <b>Nominativo</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Servizio fruito - Sede</b> | <b>Spesa mensile da sostenere</b> |
|-------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   |                        |                               |                                   |
|                   |                        |                               |                                   |

[ ] delle spese sostenute per la cura di familiari anziani in condizione di non autosufficienza e disabili gravi (spese per assistente familiare, per interventi di sollievo presso servizi diurni in regime semi residenziale, per l'accesso a servizi forniti da privati per prestazioni socio assistenziali di cura).

| <b>Nominativo</b> | <b>Servizio fruito - Sede</b> | <b>Spesa mensile da sostenere</b> |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   |                               |                                   |
|                   |                               |                                   |

[ ] delle spese sostenute per la frequenza alle scuole dell'infanzia paritarie ovvero sezioni primavera (è ammesso a finanziamento il costo fisso della retta ad esclusione della quota pasto)

| <b>Nominativo</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Servizio fruito - Sede</b> | <b>Spesa mensile da sostenere</b> |
|-------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   |                        |                               |                                   |
|                   |                        |                               |                                   |

[ ] delle spese sostenute per attività sportive, ricreative e culturali, in orario extrascolastico

| <b>Nominativo</b> | <b>Data di nascita</b> | <b>Servizio fruito - Sede</b> | <b>Spesa mensile da sostenere</b> |
|-------------------|------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
|                   |                        |                               |                                   |
|                   |                        |                               |                                   |

A tal fine, consapevole della responsabilità penale prevista ai sensi dell'art. 76 del d.p.r. n. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della possibilità di decadenza dall'assegnazione del beneficio

### **DICHIARA**

1. di essere informato delle condizioni per l'erogazione del voucher previste dal bando e di impegnarsi al rispetto degli adempimenti necessari e conseguenti.
2. di non essere beneficiario di prestazioni sociali agevolate per il servizio indicato nella presente istanza.
3. ai fini dell'eventuale erogazione dei benefici economici gli estremi per l'accredito del voucher:

#### **CONTO CORRENTE BANCARIO/POSTALE**

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>INTESTATARIO o COINTESTATARIO</b> |  |
| <b>NUMERO</b>                        |  |
| <b>BANCA/UFFICIO POSTALE</b>         |  |
| <b>AGENZIA DI</b>                    |  |
| <b>CODICE IBAN:</b>                  |  |

**SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE**

*Luogo e data*

*In fede*

---

---

**PARTE RISERVATA AL DATORE DI LAVORO**

il sottoscritto .....  
in qualità di..... (titolare, legale rappresentante, procuratore, institore,  
altro) della ditta .....con sede  
a.....  
.....

**DICHIARA CHE**

Il sig.....è dipendente dal.....con la qualifica  
di.....e che svolge la propria attività presso la sede operativa ubicata nel  
Comune di.....

*Luogo e data*

*In fede*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_