

Allegato A.1

## AVVISO PUBBLICO

### “LOMBARDIA PER LE DONNE – VOUCHER SERVIZI DI CURA”

PROGRAMMA REGIONALE FSE+ 2014-2020  
(PRIORITÀ 1, ESO4.1, AZIONE A.1)

Decreto n. .... del .....

### DOMANDA DI CONTRIBUTO

Spett.le Regione Lombardia  
Piazza Città di Lombardia 1  
20124 Milano

ID Domanda .....

CUP: **E81D24000540009**

Io sottoscritta .....

Nata a ..... Il .....

residente in via ....., n..... Comune..... prov (.....) Cap .....

e/o domicilio (*se residenza non in Lombardia*) in via ....., n..... Comune..... prov  
(.....) Cap .....

CF.....

Tel ..... E-mail .....

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000; ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del citato DPR n. 445 del 2000; sotto la propria responsabilità

### CHIEDE

l'assegnazione di un contributo da utilizzare esclusivamente per sostenere le spese relative alle attività di assistenza e cura destinate a (*selezionare una sola opzione*):

- figlio/a minore di 14 anni (CF.....), nato/a il ....., convivente;
- figlio/a fino a 18 anni con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92 (CF.....), nato/a il ....., convivente;

- parente fino al secondo grado, maggiorenne, nato/a il ....., anche non convivente, con disabilità riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92. (CF.....) a me legato dal seguente rapporto di parentela (.....) e residente in via....., Comune ..... Prov. (...)

### DICHIARA

**a) di essere occupata da non più di 60 giorni dalla data di presentazione della domanda con (selezionare una delle 4 opzioni):**

- contratto di lavoro subordinato (selezionare una delle 2 opzioni):
- a tempo pieno o part-time sottoscritto da non più di 60 giorni dalla data di presentazione della domanda e della durata di almeno 6 mesi (180gg), essendo precedentemente priva di occupazione da almeno 3 mesi (90gg);  
*oppure*
  - a tempo pieno indeterminato in seguito alla trasformazione da part time senza soluzione di continuità tra i due contratti; la trasformazione è avvenuta da non più di 60 giorni
- contratto di lavoro parasubordinato, sottoscritto da non più di 60 giorni dalla data di presentazione della domanda, della durata di almeno 6 mesi (180gg), essendo precedentemente priva di occupazione da almeno 3 mesi (90gg).
- Partita IVA aperta da non più di 60 giorni dalla data di presentazione della domanda (*inserire data*), essendo precedentemente priva di occupazione, né socia o titolare di altra impresa o partita IVA da almeno 3 mesi (90gg);
- titolarità di impresa individuale registrata da non più di 60 giorni dalla data di presentazione della domanda (*inserire data*), essendo precedentemente priva di occupazione, né socia o titolare di altra impresa o partita IVA da almeno 3 mesi (90gg);

**b) di avvalersi di servizi di baby-sitting, educazione, assistenza e cura (selezionare una o entrambe le modalità) attraverso:**

- un contratto di lavoro, ai sensi del CCNL di riferimento, con (nome) ..... (cognome) ..... (CF) ..... (che non è legata alla persona assistita da vincolo di parentela, se convivente), stipulato in data .....
- e/o*
- il Libretto di Famiglia (DL n. 50 del 2017) con voucher acquistati a partire dalla data del giorno ....., a favore di (nome) ..... (cognome) ..... (CF) ..... (che non è legata alla persona assistita da vincolo di parentela, se convivente),

### DICHIARA, inoltre,

- ✓ di essere in possesso di tutti i requisiti previsti sostenute nell'ambito dell'Avviso "Lombardia per le donne – voucher servizi di cura";
- ✓ che i dati riportati nella presente domanda sono veri e conformi alla documentazione in mio

possesso.

### COMUNICA

che i dati del conto corrente, a me intestato, *sul quale desidero ricevere i rimborsi*, sono i seguenti:

Denominazione intestatario	
Banca	
Agenzia n.	
Conto corrente n.	
CIN	
ABI	
CAB	
Codice IBAN	

### SI IMPEGNA

- ✓ ad osservare tutte le disposizioni e gli obblighi previsti dall'Avviso pena la revoca del contributo;
- ✓ a comunicare tempestivamente a Regione Lombardia ogni variazione dei dati dichiarati nella presente domanda, intervenuta successivamente alla presentazione della stessa;

### AUTORIZZA

Il trattamento dei dati personali come da Informativa ex art. 13 del D.Lgs n. 196/2003, novellato dal D.Lgs. 101/2018 e Regolamento (UE) n. 2016/679.

Si allegano alla domanda di contributo i seguenti documenti:

- documento in corso di validità atto a testimoniare il domicilio in Lombardia (a titolo esemplificativo, non esaustivo: contratto d'affitto, bollettini utenze), *in caso di persona non residente in Lombardia;*
- certificato di attribuzione della Partita IVA, *in caso di libera professionista;*
- certificato di iscrizione al registro per le imprese, *in caso di titolare di impresa individuale;*
- certificato che attesti la disabilità ex art 3, comma 3 della L.104/92 - senza dati sanitari, *nel caso la persona da assistere sia disabile;*
- comunicazione di assunzione presentata all'INPS, *in caso di contratto con assistente familiare/babysitter ecc;*
- copia di almeno una comunicazione di avvenuto pagamento, effettuata sul portale dedicato nell'apposita sezione INPS, dello svolgimento della prestazione di assistenza domiciliare, *in caso di utilizzo del Libretto Famiglia;*
- certificato di titolarità di conto corrente.