**ALLEGATO 2**

**AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA e SITUAZIONE LAVORATIVA**

*(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)*

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/00, delle responsabilità e delle relative sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000.n. 445, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 del richiamato D.P.R. 445/2000.

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo famigliare è residente e/o domiciliato in:

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

È composto da (compreso il richiedente il voucher):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **STATO COVILE** | **GRADO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Il/ minore/i per il/i quale/i si richiede il voucher è/sono in possesso di **certificazione di alunno disabile ai fini dell’integrazione scolastica** e/o **è/sono stato/i riconosciuto/i con handicap ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 cc. 1 o 3**

**□ SI □ NO**

Se si indicare la certificazione di disabilità posseduta e allegare progetto personalizzato di sostegno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Compilare i dati relativi al/ai minori per cui si richiede il contributo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Dichiaro che l’ISEE familiare non supera la cifra di € 40.000,00 e che ammonta ad un totale di

€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di essere “genitore unico” \* **□ SI □ NO**

\*a) affido esclusivo in sede di separazione legale/divorzio/ provvedimento del Giudice Tutelare;

b) abbandono del minore da parte del genitore;

c) decesso del genitore.

* Indicare se il/i altro/i genitore/i dei figli a carico risulta convivente **□ SI □ NO**
* Che sto lavorando **□ SI □ NO**

Presso il seguente datore di lavoro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAGIONE SOCIALE** | **LUOGO DI LAVORO** | **ENTE PUBBLICO/AZIENDA PRIVATA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* che la tipologia contrattuale del/la sottoscritto/a è la seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CONTRATTO DI LAVORO | | |
| TIPO | TIPO | ORARIO DI LAVORO SUPERIORE ALLE 20 ORE SETTIMANALI |
| * Contratto a tempo determinato * Contratto a tempo indeterminato | * Full time/tempo pieno * Part-time/ tempo parziale | □ SI  □ NO |
| * Libero professionista | | |

* che si forniscono i seguenti dati dell’altro genitore oppure coniuge/convivente:

Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che l’altro genitore oppure coniuge/convivente sta lavorando **□ SI □ NO**

Presso il seguente datore di lavoro:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAGIONE SOCIALE** | **LUOGO DI LAVORO** | **ENTE PUBBLICO/AZIENDA PRIVATA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* che la tipologia contrattuale dell’altro genitore oppure coniuge/convivente è la seguente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTRATTO DI LAVORO** | | |
| **TIPO** | **TIPO** | **ORARIO DI LAVORO SUPERIORE ALLE 20 ORE SETTIMANALI** |
| * Contratto a tempo determinato * Contratto a tempo indeterminato | * Full time/tempo pieno * Part-time/ tempo parziale | □ SI  □ NO |
| * Libero professionista | | |

Con la firma in calce, presto il consenso informato al trattamento dei dati personali anche particolari e giudiziari per la finalità correlata alla presentazione dell’autocertificazione dello stato di famiglia e della situazione lavorativa per presentazione della domanda per l’assegnazione di voucher per servizi di conciliazione - progetto “It’s summertime”.

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*"la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell’impiegato dell’Ente che ha richiesto il certificato; in tuti i casi, tuttavia, la dichiarazione deve essere inviata unitamente alla fotocopia non autenticata del documento di identità del sottoscrittore".

**Trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali, dati particolari (art. 9 del Regolamento UE 679/2016) ed eventuali dati giudiziari (art. 10 del Regolamento UE 679/2016) sarà effettuato secondo le previsioni del Regolamento UE 679/2016. La finalità del trattamento dei dati è unicamente: bando a favore di famiglie con figli dai 3 ai 17 anni che usufruiscono di servizi per la conciliazione nel periodo estivo 2019, che ne rappresenta la base giuridica del trattamento. Il conferimento dei dati non è facoltativo, bensì obbligatorio. Il rifiuto comporta l’impossibilità di presentare la domanda di accreditamento. Nell’ambito dell’esame delle istanze pervenute, il Consorzio Casalasco Servizi Sociali si impegna a mantenere la massima riservatezza con riferimento al trattamento dei dati particolari, giudiziari e personali ottemperando al Regolamento UE 679/2016 (“GDPR”) mediante l’adozione di adeguate misure tecniche e organizzative per la sicurezza del trattamento ai sensi dell’art. 32 GDPR. I diritti spettanti all’interessato in relazione al trattamento dei propri dati sono previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 sono: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione al trattamento, obbligo di notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento, diritto di opposizione.

Il Titolare del Trattamento ai sensi art. 4 comma 7 e art. 24 del GDPR è il Consorzio Casalasco Servizi Sociali in quanto Ente Capofila dell’Ambito del Casalasco. Il Responsabile del Trattamento ai sensi art. 4 comma 8 e art. 28 del GDPR è il Direttore, dott.ssa Katja Avanzini. Il Responsabile della Protezione Dati ai sensi art. 37 del GDPR è l’avv. Papa Abdoulaye Mbodj.

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATI PER L’EROGAZIONE DEL VOUCHER**

**PER SERVIZI DI CONCILIAZIONE – PROGETTO “IT’S SUMMERTIME”**

Indicare estremi per l’erogazione del voucher

(NB: il CCB o il CCP indicato deve essere intestato o co-intestato al richiedente la presente misura)

INTESTAZIONE

|  |
| --- |
|  |

CODICE IBAN:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

DENOMINAZIONE BANCA O POSTE ITALIANE SPA:

|  |
| --- |
|  |

FILIALE DI:

|  |
| --- |
|  |

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_