



**Conciliazione Vita-Lavoro**



**DOMANDA PER LA RICHIESTA DI MISURE DI CONCILIAZIONE A SOSTEGNO DEI LAVORATORI E DELLE LORO FAMIGLIE**

Io sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_,  
via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, tel. n° \_\_\_\_\_,  
e-mail \_\_\_\_\_,  
codice fiscale ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....  
lavoratore/lavoratrice presso \_\_\_\_\_  
con un impegno di \_\_\_\_\_ ore settimanali.

**CHIEDO**

**un CONTRIBUTO di € \_\_\_\_\_**

**per il servizio \_\_\_\_\_**

Denominazione \_\_\_\_\_

dal ..... al .....

in favore di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

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

codice fiscale ...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Relazione di parentela \_\_\_\_\_

Ente Gestore \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole della mia responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci,

**DICHIARO**

1. Che il mio nucleo familiare è così composto da:

<i>grado di parentela</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo e data di nascita</i>
beneficiario		

2. di accettare le condizioni dell'avviso "Misure di conciliazione a sostegno dei lavoratori e delle loro famiglie" pubblicato da \_\_\_\_\_;
  3. (in caso di richiesta inerente servizi integrativi per minori) di avere fiscalmente a carico il minore e di lavorare con un impegno di almeno 18 ore settimanali presso .....
  4. di non aver già ottenuto benefici economici da Enti pubblici (Comuni, Asl , Inps, ATS, ASST, ecc.) per gli interventi richiesti con il presente modulo;
  5. che le coordinate bancarie sulle quali desidero ricevere il richiesto accredito sono:  
Intestatario/i.....  
IBAN (non possono essere effettuati accrediti su libretti postali)  
.....  
CODICE FISCALE .....
- (In caso di c/c non intestato al dichiarante, occorre indicare nome e cognome, IBAN e codice fiscale della persona delegata)
6. i lavoratori di aziende partner dichiarano:  
di aver ricevuto per lo stesso servizio  
di NON aver ricevuto contributi dall'azienda per lo stesso servizio.
  7. La somma del contributo qui richiesto e di quello ricevuto non è superiore alla spesa sostenuta.

Allego, ai fini di cui alla presente domanda:

- Copia Carta Identità del richiedente (se domanda non inoltrata con PEC);
- Documentazione attestante la prestazione ricevuta (fatture, ricevute);
- Documentazione attestante l'avvenuto pagamento (quietanza sulla fattura, bonifico, dichiarazione di pagamento in contanti, ecc.)

.....  
(Luogo e data)

In fede  
.....

### **INFORMATIVA**

#### **Ai sensi e per gli effetti della legge 30 giugno 2003 n. 196 e successive modificazioni**

Gentile Signore/a,  
desideriamo informarLa che il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per la concessione, la liquidazione, la modifica e la revoca di contributi, finanziamenti ed altri benefici ed interventi previsti dalla legge, anche in favore di associazioni, fondazioni ed enti.
2. Il trattamento sarà effettuato in forma cartacea o con l'ausilio di sistemi elettronici e/o con ogni altro mezzo messo a disposizione dalla tecnica e dalla evoluzione tecnologica, e ciò in modo lecito, secondo correttezza e con la massima riservatezza e sempre nel rispetto delle disposizioni di legge.
3. Il mancato conferimento dei dati, in tutto o in parte, rende impossibile il riconoscimento del diritto al contributo, al finanziamento o ad altri benefici ed interventi.
4. Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, esclusivamente per le finalità sopra specificate, a: Servizi Sociali del comune di residenza, Agenzia per la Tutela della Salute, Azienda ospedaliera, Regione Lombardia e Cooperative sociali.
5. Il titolare del trattamento è l'Azienda Territoriale per i Servizi alla Persona – TECUM Servizi alla Persona, avente sede in Mariano Comense (CO), via E. d'Adda 17, telefono 031 749378 - Fax 031 747282 – e-mail info@tecumserviziapersona.it, nella persona del legale rappresentante.
6. Il responsabile del trattamento è il Direttore della suddetta Azienda.
7. In ogni momento, comunque, potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

---

### **MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO**

Il/La sottoscritto/a ..... preso atto dell'informativa che illustrata e fornita contestualmente alla presente ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni, manifesta il consenso al trattamento, alla diffusione e alla comunicazione di tutti i dati personali, ivi compresi quelli definiti sensibili, purché ciò avvenga entro i limiti fissati dalla legge.

Luogo e data .....