



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 PRIVACY

Gentile Signore/a,

desideriamo informarla che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16, (di seguito "GDPR") recante disposizioni a protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, i dati personali da Lei forniti, diventeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta l'Azienda

Ai sensi dell'articolo 13 del GDPR, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati personali da Lei forniti verranno trattati per la seguente finalità: 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. Lei potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 del GDPR.
4. 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.
5. 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, ATS dell'Insubria, ASST Lariana, Regione Lombardia e Cooperative sociali.
6. 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,
7. Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore, Dr Giorgio Gariboldi.
8. L'elenco aggiornato dei Responsabili e degli Incaricati autorizzati al trattamento è custodito presso la sede dell'Azienda.
9. Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) nominato ai sensi art. 37 del GDPR, è l'avv. Papa Abdoulaye Mbodj.
10. I dati personali verranno trattati mettendo in atto misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio ai sensi dell'art. 32 del GDPR.
11. Per esercitare i suoi diritti la preghiamo di inviare la richiesta, all'indirizzo di posta elettronica [**dpo@tecumserviziapersona.it**](mailto:dpo@tecumserviziapersona.it)

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ dichiara di aver preso
visione dell'informativa ai sensi degli artt. 4, 5, 7 e 13 del GDPR, di averne compreso i contenuti, i diritti
e le finalità e, pertanto, presta il consenso e autorizza il trattamento dei dati personali da parte dell'Azienda
Territoriale per i Servizi alla Persona (Tecum) in conformità al Regolamento UE 679/16 e successive
modifiche ed integrazioni.

Mariano Comense, _____ Firma _____