



Regione Toscana



Allegato 1

## DOMANDA DI FINANZIAMENTO

marca da bollo

€ 16,00

**Ad ARTI Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego  
Settore Servizi per il Lavoro di Grosseto e Livorno**

**Oggetto: Avviso pubblico per il finanziamento di voucher di conciliazione e di mobilità**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ai sensi del dpr 445/2000 artt. 46 e 47**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

### **Oppure**

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Numero tel/cell. \_\_\_\_\_

**Indirizzo mail a cui inviare le comunicazioni** \_\_\_\_\_

## DICHIARA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del citato D.P.R. 445/2000, **di possedere i seguenti requisiti:**

- residente o domiciliato in Toscana;
- disoccupato/a iscritto/a ad un Centro per l'Impiego della Toscana, che ha aderito alle misure di politica attiva previste nell'ambito del Programma GOL o del Patto per il Lavoro;
- con ISEE non superiore a € 35.000 (allegare ISEE in corso di validità);
- con responsabilità di cura nei confronti di figli minori di 13 anni, o familiari, parenti e affini entro **(barrare uno o entrambi i requisiti sotto riportati)**

- avere responsabilità di cura (nei confronti di figli minori di 13 anni, o familiari, parenti e affini entro il secondo grado, in condizione di non autosufficienza/disabilità certificati ai sensi della normativa vigente);
- avere esigenze di mobilità geografica.

### CHIEDE

il finanziamento per un importo totale pari a € \_\_\_\_\_  
per la partecipazione al percorso di politica attiva concordato con il Centro per l'Impiego di \_\_\_\_\_  
nel patto di servizio, a copertura delle seguenti tipologie di interventi:

- voucher di conciliazione** per l'acquisto di servizi di cura, intrattenimento, sostegno di figli/e minori di 13 anni pari ad € \_\_\_\_\_

*Specificare dati anagrafici del/lla figlio/a:*

---

---

---

*Specificare tipologia del servizio di cui si ha bisogno:*

---

---

---

- voucher di conciliazione** per l'acquisto di servizi di cura o assistenza di figli/e in condizioni di disabilità o non autosufficienza pari ad € \_\_\_\_\_

*Specificare dati anagrafici del/lla figlio/a ed estremi della certificazione che attesta la condizione di disabilità/non autosufficienza*

---

---

---

*Specificare tipologia del servizio di cui si ha bisogno:*

---

---

---

- voucher di conciliazione** per l'acquisto di servizi di cura, assistenza a parenti o affini entro il secondo grado, in condizioni di non autosufficienza e/o disabilità certificate pari ad € \_\_\_\_\_

*Specificare dati anagrafici del/lla parente/affine entro il secondo grado ed estremi della certificazione che attesta la condizione di disabilità/non autosufficienza*

---

---

---

*Specificare se convivente/non convivente, indicando la residenza/domicilio:*

---

---

Specificare tipologia del servizio di cui si ha bisogno:

---

---

---

**voucher di mobilità** (contributo forfettario trasporto) a supporto della frequenza di percorsi formativi o tirocini concordati nel Patto di servizio con il Centro per l'Impiego o con soggetti accreditati ai servizi al lavoro pari a € \_\_\_\_\_

**In caso di assegnazione del contributo  
CHIEDE:**

**-che il rimborso** avvenga su c/c bancario o postale o su carta prepagata associata ad un IBAN

(il/la destinatario/a deve essere titolare o cointestatario/a di tale conto o titolare della carta prepagata)

Ag. \_\_\_\_\_,

**codice IBAN:**

Codice Paese	Check Digit	Cin	Codice ABI	Codice CAB	Numero Conto Corrente

(Allegare copia dell'IBAN)

**DICHIARA INOLTRE:**

- di essere a conoscenza che il voucher di conciliazione può essere richiesto soltanto da un membro del nucleo familiare, ai sensi dell'art.4 dell'avviso;

- di essere a conoscenza che è possibile presentare una sola domanda di voucher di conciliazione per uno stesso servizio di cura o assistenza per il medesimo codice fiscale, ai sensi dell'art.4 dell'avviso;

- di essere a conoscenza che è possibile presentare una sola domanda di voucher di mobilità per lo stesso percorso personalizzato, salvo integrazioni (es. proroga tirocinio) ai sensi dell'art.4 dell'avviso;

-di essere a conoscenza che il contributo non è cumulabile con altri finanziamenti erogati da soggetti pubblici o privati per l'acquisizione degli stessi servizi ai sensi dell'art.4 dell'avviso;

in caso di pagamento telematico di aver adempiuto al pagamento secondo norme di legge della marca da bollo pari a 16 euro (numero marca da bollo \_\_\_\_\_ data marca da bollo \_\_\_\_\_)

-di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati".

Si trasmettono con la presente domanda di finanziamento:

- Atto di impegno unilaterale (Allegato 2)

- Attestazione ISEE in corso di validità
- Documentazione che attesta l'avvio del servizio di conciliazione, se già in essere al momento della presentazione della domanda;
- Copia del documento di identità in corso di validità

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma