



Allegato B

Unione Montana dei Comuni dell'Appennino
Reggiano Servizio sociale ed educativo associato

**DOMANDA DI ADESIONE A
“PROGETTO CONCILIAZIONE VITA-LAVORO ” ANNO 2025**

Io sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente in _____

via _____

N° | | | | | Cap | | | | | tel _____

Cod Fis | | | | | | | | | | | | | | | | | |

e- mail _____

(IN STAMPATELLO)

In qualità di genitore/tutore del **minore**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

☐ MASCHIO

☐ FEMMINA

Residente in _____

via _____

N° | | | | | Cap | | | | |

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Chiede

di aderire al "Progetto Conciliazione vita-lavoro " promosso dalla regione Emilia – Romagna con DGR 428 del 24/03/2025

Dichiara, pertanto, di possedere i requisiti di accesso per beneficiare del contributo regionale:

☐ **CRITERIO DI PREFERENZA ; ESENTE da applicazione criterio ISEE.**

- ☐ fascia di età dei figli dai 3 ai 13 anni , nati dal 2012 al 2022 – per i nati nel 2022 non è possibile la prosecuzione estiva del nido
- ☐ richiesta nominativa per ogni figlio
- ☐ ISEE non superiore a € 26.000,00 e precisamente pari a € _____
- ☐ Lo stato di famiglia coincide con quello riportato nell'attestazione ISEE
- ☐ Frequenza del centro estivo:

- ☐ Richiedere il contributo entro il termine del bando **del 02/07/2025 ore 12.00.**
- ☐ Dichiaro di essere consapevole delle conseguenze qual'ora quanto dichiarato risulti mendace
- ☐ Impegno a comunicare all'Unione Montana dei Comuni dell'Appennino reggiano la percezione di qualsiasi altro contributo
- ☐ Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di privacy

Allega alla presente:

- Fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia del modello ISEE.
- Documento di attestazione occupazionale DI ENTRAMBI I GENITORI o di uno solo se l'altro è impegnato in modo continuativo in compiti di cura, valutati con riferimento alla presenza di componenti il nucleo familiare con disabilità grave o non autosufficienza, come definito ai fini ISEE

Luogo e data _____

Firma leggibile _____