

ENTE BILATERALE DEL COMMERCIO DELLA DISTRIBUZIONE E DEI SERVIZI BARI

**Avviso pubblico per Fondo Sostegno Genitorialità. Edizione 2018.**

**AVVISO PUBBLICO**

**EDIZIONE 2018**

PER LA

SELEZIONE DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI OCCUPATI PER L'ACCESSO AL FONDO PUBBLICO-PRIVATO  
PER IL SOSTEGNO AI GENITORI

**VISTO**

Regione Puglia adotta il presente Avviso pubblico in coerenza ed attuazione dei seguenti disposti normativi:

- la Determina del Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere del 23/08/2016 n. 830 pubblicata sul BURP Regione Puglia n. 102 del 08/09/2016 relativa al Bando di Partecipazione all'Avviso Pubblico per la costituzione del Fondo per il sostegno ai genitori;
- l'Atto di Approvazione della graduatoria, D.D. n. 1057 del 25/10/2016, con cui, all'esito della procedura istruttoria all'uopo espletata dall'apposita Commissione di valutazione, questo Ente risulta ammesso a finanziamento;

**PREMESSO CHE**

- Al fine di potenziare l'accesso alle misure nazionali e contrattuali che tutelano la genitorialità e favoriscono la conciliazione vita-lavoro (congedi parentali, congedi per la tutela dell'handicap, ricorso al part - time e relativa opzione per il versamento della contribuzione previdenziale volontaria, contributi anche una tantum alla maternità e alla paternità, sostegno alle spese di conciliazione e di sostituzione e altre misure ad hoc), Regione Puglia ha avviato una seconda fase di interventi di sostegno economico delle occupate e degli occupati delle imprese aderenti ai Soggetti intermediari nonché delle libere professioniste e dei liberi professionisti iscritti agli Albi professionali interessati. A tal fine, è prevista la selezione di enti bilaterali, associazioni di categoria e ordini professionali, di seguito indicati nel presente Avviso come "Soggetti Intermediari", cui affidare la gestione di un apposito Fondo e il servizio di accompagnamento ed erogazione di misure di sostegno economico in ottica di conciliazione dei tempi di lavoro e di cura.
- l'Ente Bilaterale del Terziario della Provincia di BARI e BAT (d'ora in poi "Ebiter") ha partecipato alla detta selezione entro i termini previsti dal predetto Avviso pubblico e con D.D. n. 1057 del 25/10/2016 stato ammesso a finanziamento;
- A norma dell'art. 3 di cui all'Avviso pubblico approvato con D.D. n. 830 del 23/08/2016, i soggetti intermediari hanno il compito di "redigere di concerto con la Regione Puglia – Sezione Promozione della salute e del benessere, l'Avviso pubblico finalizzato alla definizione della tipologia di interventi, promozione di servizi di conciliazione, regolamentazione dei tempi e delle modalità di erogazione degli stessi.
- La delibera del Consiglio Direttivo dell'Ente Bilaterale del 27/04/2018 per la modifica/integrazione del Bando per il corrente anno 2018;
- La comunicazione protocollo A00/082/18/06/2018/0002466 del Dipartimento Promozione della Salute Sezione Promozione della Salute e Benessere della Regione Puglia del 18/06/2018 con la quale si proroga la validità al 31/12/2019 e si autorizzano le presenti modifiche;

Tutto ciò visto, premesso e considerato, Ebiter indice il seguente Avviso aperto alle risorse umane delle imprese aderenti a Ebiter, interessate all'accesso al Fondo per il sostegno ai genitori (Fondo)

**Art. 1****Obiettivo**

Obiettivo del presente Avviso è sostenere il reddito per l'utilizzo di forme flessibili di lavoro utili a garantire la conciliazione tra l'attività lavorativa e il lavoro di cura familiare, ed il sostegno alla genitorialità, attraverso la selezione di lavoratrici e lavoratori occupati nelle imprese aderenti a Ebiter e i titolari di impresa e soci lavoratori che richiedono l'accesso al "Fondo" creato presso Ebiter

**Art. 2****Campo di applicazione dell'intervento**

L'intervento si indirizza ai soggetti di cui al successivo art. 3 del presente Avviso purché siano inseriti in aziende aderenti a Ebiter da almeno 3 mesi antecedenti la richiesta di accesso al Fondo e in regola con i versamenti.

**Art 3****Soggetti che possono presentare domanda di accesso al Fondo**

Possono presentare domanda di accesso al Fondo le lavoratrici e i lavoratori occupati nelle imprese e titolari di impresa e soci lavoratori delle imprese aderenti all'Ebiter che, alla data di presentazione della domanda di sostegno oggetto del presente Avviso, abbiano i seguenti requisiti:

- un reddito ISEE del nucleo familiare stabilmente convivente non superiore a € 40.000,00, risultante da attestazione vigente al momento della presentazione della domanda di accesso al Fondo e rilasciato dall'INPS o da soggetti all'uopo deputati dalla legge;
- siano occupati presso una impresa aderente all'Ebiter con sede operativa in Provincia di BARI o BAT;
- abbiano almeno un figlio minore

**Art. 4****Tipologia, durata delle prestazioni erogate dal Fondo e documentazione necessaria per l'accesso a ciascuna di esse**

Il Fondo eroga le seguenti prestazioni:

**SPESE PER L'ACCUDIMENTO DEI MINORI**

- a) Rimborso fino a 1.000,00 annui (a figlio) per spese cumulative documentate di trasporto, mensa, attività scolastiche e parascolastiche, attività sportive corsi di formazione pomeridiana,
- b) Rimborso di rette fino a complessivi € 1.500,00 annui (a figlio) per la frequenza delle seguenti tipologie di strutture scolastiche per minori: a) asilo nido; b) sezione primavera; c) scuola dell'infanzia paritaria; e fatto sempre salvo il divieto di cumulo con le medesime prestazioni a sostegno percepite. Le strutture per minori, ove rilevanti, con riguardo alle quali può essere finanziato il rimborso delle rette, devono essere autorizzate al funzionamento e iscritte nel Registro regionale delle strutture per minori autorizzate ai sensi della vigente disciplina di cui alla Legge regionale n. 19/2006 e al relativo regolamento di attuazione n. 4/2007 e s.m.i.
- c) Sostegno al dipendente di azienda iscritta all'Ente Bilaterale che si assenta dal lavoro per malattia del figlio/a. Ai sensi dell'art. 47 D.lgs. 151/2001 si ha diritto a congedi per malattia del figlio/a nei primi 3 anni di vita, senza limiti di tempo; dai 4 agli 8 anni di età del bambino, a 5 giorni lavorativi all'anno, per ciascun genitore, per un totale massimo di 10 giorni non fruibili contemporaneamente. In caso di richiesta di tale prestazione, l'Ente Bilaterale erogherà una indennità pari a **50,00 euro** lordi per ogni giorno di assenza per malattia di ciascun figlio per i dipendenti a tempo pieno, ed in proporzione alla percentuale di part time per i dipendenti a tempo parziale, per un limite massimo di 30 giorni per ciascun anno solare per figlio. In ogni caso, lo stato della malattia deve essere documentato con certificato del medico pediatra e dai cedolini paga da cui si evince l'assenza del lavoratore.

**INTEGRAZIONE ECONOMICA PER IL PERIODO DI MATERNITA'/PATERNITA'**

- d) Integrazione economica del 60% dell'indennità spettante per l'utilizzo del congedo parentale/astensione facoltativa ai sensi del T.U. maternità/paternità in vigore e del CCNL di riferimento.

- e) Integrazione al reddito pari al **60%** della retribuzione posta a base del calcolo dell'indennità spettante per il congedo parentale/astensione facoltativa ai sensi del TU maternità/paternità in vigore e del CCNL di riferimento per il per l'utilizzo di congedo non retribuito.

#### **MISURA ECONOMICA UNA TANTUM DI SOSTEGNO ALLA MATERNITA'**

- f) Integrazione economica, **una tantum, di sostegno alla paternità pari a €1.500,00 (per figlio)** per tutti coloro che possano documentare lo *status* di genitore intervenuto non oltre i 18 mesi precedenti la data di presentazione della domanda di cui al presente avviso, **a condizione che la madre del minore per il quale si richiede la prestazione non abbia usufruito di altro trattamento economico di maternità** derivante da contratto di lavoro subordinato o autonomo.

#### **MISURA ECONOMICA UNA TANTUM DI SOSTEGNO AI FIGLI DISABILI**

- g) **Un contributo annuo di 1000,00 euro nel caso di figli minori a carico in condizione di invalidità** e che risulti fiscalmente a carico del lavoratore al 100%; qualora il figlio minore risulti a carico al 50% il rimborso erogato sarà pari al 50% di quanto spettante (500 euro), per lavoratori e lavoratrici con figli minori fiscalmente a carico e ai quali si applichino le disposizioni della legge 104/92. In tal caso il lavoratore/lavoratrice deve essere in possesso di AUTORIZZAZIONE INPS all'utilizzo dei permessi di cui alla legge 104/92 e saranno considerati come equivalenti ad una invalidità del 100% i seguenti casi:

- minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 hertz (L. 289/1990).
- minore invalido totale con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/1980 e L. 508/1988)
- minore invalido totale con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988)

#### **MISURA ECONOMICA PER IL PART TIME IN CASO DI MATERNITA'**

- h) sostegno alla contribuzione volontaria in caso di ricorso al lavoro parziale del lavoratore/trice per la cura di figli fino ad un contributo del 50% di quanto dovuto all'INPS fino al terzo anno di età del bambino: per richiedere tale prestazione è necessario allegare l'autorizzazione ad effettuare la contribuzione volontaria rilasciata dall'INPS e copia dei versamenti effettuati all'INPS.

### **Art. 5**

#### **Distribuzione delle risorse per tipologia di prestazione e modalità di erogazione**

Le prestazioni saranno erogate sino ad esaurimento delle risorse messe a disposizione da REGIONE PUGLIA - Dipartimento Promozione della salute, del benessere sociale e delle **sport per tutti - Sezione Promozione della Salute e del Benessere e dal cofinanziamento a carico** di Ebiter e, comunque, entro e non oltre il termine massimo concesso dalla Regione Puglia .

Gli importi di ogni prestazione si intendono al lordo delle ritenute di legge e pertanto sulle stesse sarà applicata la ritenuta fiscale come per legge.

Le risorse relative alle prestazioni concesse saranno accreditate sul c/c bancario intestato al richiedente attraverso emissione di cedolino paga per reddito assimilato al lavoro dipendente.

La sospensione e/o la chiusura dell'avviso al fine della verifica dell'esaurimento delle risorse verrà comunicata sul sito web dell'Ente Bilaterale all'indirizzo [www.ebiterbari.com](http://www.ebiterbari.com) e con comunicazione alla Regione Puglia.

### **Art. 6**

#### **Dotazione finanziaria**

Le risorse finanziarie del Fondo per il sostegno ai genitori ammontano complessivamente a € 597.250,00

**Art. 7****Presentazione della domanda**

La domanda di accesso al Fondo, redatta secondo il modello di cui alla "Sezione a)" del presente Avviso, debitamente sottoscritta deve essere corredata dalla seguente documentazione;

1. fotocopia del documento d'identità in corso di validità firmata a margine in originale;
2. attestazione ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda riferita al nucleo familiare abitualmente convivente dichiarato nell'apposita dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
3. dichiarazione sostitutiva di certificazione, conforme allo schema di cui alla "Sezione b)" del presente Avviso, sottoscritta dall'interessato/a, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR n.445/2000 s.m.i. e nella consapevolezza del disposto di cui agli artt. 75 e 76 del citato DPR, dalla quale risulti:

- a. Stato di famiglia;
- b. codice IBAN del richiedente la prestazione.

4. Cedolino paga attestante la trattenuta della quota contrattuale dovuta all'Ente Bilaterale del Terziario

I soggetti di cui all'art. 3 possono presentare domanda:

per le prestazioni di cui all'art. 4 lettere a) e b) solo a seguito dell'effettivo godimento delle prestazioni, dietro presentazione di documento contabile;

per le prestazioni di cui all'art. 4 lettera c) solo dopo l'effettivo decorso di tutto il periodo per cui si è goduta l'indennità;

per le prestazioni di cui all'art. 4 lettere d) ed e) solo a seguito dell'effettivo godimento delle prestazioni principali, ovvero a seguito del decorso del periodo di congedo parentale, dietro copia della Domanda presentata all'INPS;

per la prestazione di cui all'art. 4 lettera f) dietro presentazione di autocertificazione del richiedente la prestazione resa ai sensi di legge (DPR 445/2000 e s.m.i.) sulla data dell'effettiva nascita del minore; atto notorio reso dalla madre resa ai sensi di legge (DPR 445/2000 e s.m.i.) in cui si dichiara di non aver usufruito di trattamento economico di maternità da contratto di lavoro subordinato o autonomo.

Per le prestazioni di cui all'art. 4 lettera g) alla domanda va allegata il Certificato ASL che attesta l'invalidità permanente, il Provvedimento INPS 104 (il destinatario del provvedimento può essere il lavoratore richiedente o altro familiare), Autocertificazione per dichiarazione che il familiare è fiscalmente a carico;

Per le prestazioni di cui all'art. 4 lettera h) autorizzazione INPS alla prosecuzione volontaria e versamenti effettuati.

Tutte le prestazioni, tranne la prestazione di cui all'art. 4 lettera f), decorrono dalla di pubblicazione del presente Avviso sul BURP.

Per le domande presentate relative alle prestazioni di cui all'art. 4 lettera a) b) e c) g) e h) le richieste di rimborso devono avvenire entro e non oltre il **28/2 dell'anno successivo a quello in cui la spesa è stata sostenuta**. Le domande pervenute oltre tale termine non saranno accolte. Solo per le spese sostenute dal 01.03.2017 al 31/12.2017 la domanda deve essere presentata entro e non oltre il 28.02.2019.

Fatto salvo quanto previsto al punto precedente, le variazioni ed integrazioni valgono con effetto dalla pubblicazione della modifica / integrazione del presente bando sul BURP REGIONE PUGLIA e per le prestazioni decorrenti dal 01.07.2018.

La domanda unitamente agli altri documenti dovrà essere predisposta e presentata tramite:

- 1) procedura informatica tramite il sito internet [http://www.ebiterbari.com/sostegno\\_al\\_reddito.htm](http://www.ebiterbari.com/sostegno_al_reddito.htm) dove va compilata la domanda, stampata, firmata ed allegati i relativi PDF all'istanza richiesta dalla prestazione per cui si fa richiesta; Le eventuali integrazioni o comunicazioni tra l'Ente e l'utente avverranno tramite

l'utilizzo della suddetta piattaforma, ove verranno richieste anche eventuali integrazioni e comunicato l'esito della domanda.

#### **Art. 8**

##### **Motivi di inammissibilità delle domande presentate**

Le domande saranno dichiarate inammissibili se:

- pervenute oltre l'esaurimento dei fondi disponibili
- presentate da soggetto diverso da quelli indicati al precedente art. 3 ovvero privo dei requisiti previsti dal presente Avviso;
- pervenute in forme diverse da quelle indicate all'art. 7 del presente Avviso con riferimento alle modalità di invio informatico attraverso il portale internet;
- non compilate sull'apposita modulistica del presente Avviso.
- prive della documentazione a corredo prevista dall'art. 7 del presente Avviso;
- se il periodo per cui si chiede il rimborso della prestazione non è coperto da regolare contribuzione all'Ente;

#### **Art. 9**

##### **Commissione di valutazione**

Al fine della valutazione delle domande di accesso al Fondo, è costituita apposita Commissione di valutazione, nominata con delibera del Comitato Esecutivo di Ebiter e formata da n. 5 componenti nominati dalle organizzazioni socie dell'Ente Bilaterale del Terziario. Le attività della Commissione saranno regolamentate da apposita delibera del Comitato Esecutivo di Ebiter.

#### **Art. 10**

##### **Istruttoria e valutazione delle domande**

L'istruttoria formale delle domande pervenute sarà espletata dalla Commissione di cui all'Art. 9, con istruttoria trimestrale, secondo l'ordine cronologico di arrivo delle domande in ciascun trimestre di riferimento, a partire dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale Regione Puglia.

La Commissione ha la facoltà di richiedere integrazioni ovvero chiarimenti relativi alla documentazione posta o da porre a corredo della domanda.

A conclusione dell'istruttoria, si provvederà a formulare l'elenco trimestrale degli aventi diritto.

La Commissione inoltre effettua le dovute verifiche circa l'iscrizione delle Aziende a Ebiter, nonché circa le dichiarazioni sostitutive di certificazione, formulando apposite richieste ai soggetti competenti.

#### **Art. 11**

##### **Rispetto della privacy**

I dati personali conferiti ai fini della partecipazione alla selezione di cui al presente Avviso saranno raccolti e trattati nell'ambito del procedimento e dell'eventuale erogazione delle risorse nel rispetto del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196 e s.m.i.; a tal fine, a ciascuna domanda verrà assegnato un **Codice Pratica**.

Il responsabile del trattamento dei dati è il legale rappresentante dell'Ente.

Per le finalità suddette i dati potranno essere conferiti a terzi per la gestione del bando, pertanto con la partecipazione al suddetto avviso, si autorizza il trattamento con la sottoscrizione della domanda di partecipazione.

#### **Art. 12**

##### **Informazioni**

Le informazioni in ordine al presente Avviso potranno essere richieste via mail a:

info@ebiterbari.com

telefonicamente al numero 080 5240807 dalle ore 16.30 alle ore 18.30 dei giorni lunedì, mercoledì e venerdì.

Il presente Avviso è scaricabile al seguente indirizzo Internet: [www.ebiterbari.com](http://www.ebiterbari.com)

Il referente per le procedure di cui al presente Avviso è:

**Il Direttore dell'Ente dott. Portoso Mauro**



Via Amendola, 172/C K1 - 70126 BARI - Tel. 080 5240807 - Fax 080 5237534 - e-mail: segreteria@ebiterbari.com

**Modulo informatico predisposto sulla PIATTAFORMA da COMPILARE ON LINE**  
[http://www.ebiterbari.com/sostegno\\_al\\_reddito.htm](http://www.ebiterbari.com/sostegno_al_reddito.htm)

**"Sezione a)"**

|  |  |
|--|--|
| <b>Domanda di accesso al Fondo per il sostegno alla flessibilità</b><br>(Regione Puglia - Assessorato al Welfare - Servizio Promozione della Salute e del Benessere ) d.d. n. 830 del 23/08/2016 | Spett.<br>Ente BILATERALE DEL TERZIARIO<br>FONDO SOSTEGNO AL REDDITO |
|--|--|

Il/La sottoscritto/a

Cognome ..... Nome.....

nato/a a ..... il ...../...../..... Sesso : F / M

Codice Fiscale..... residente in

..... CAP.....

via..... n.....

telefono (obbligatorio)..... fax ..... e-mail

(obbligatoria ) .....@.....

IBAN: \_\_\_\_\_

BANCA \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

In qualità di

Dipendente della Società ..... con sede in  
 ..... assunto dal \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_

Titolare della Ditta o socio d'opera ..... con sede in  
 .....

**CHIEDE:**

di accedere al Fondo per il sostegno alla flessibilità nell'Ambito dell'apposito Avviso Pubblico pubblicato sul BURP REGIONE PUGLIA per la seguente tipologia di prestazione di cui all'art. 3 del Bando

|  |  |
|--|--|
|  | (A) Spese Accudimento Minori max 1000,00 per spese cumulative                            |
|  | (B) Spese Accudimento Minori max 1.500,00 rimborso rette                                 |
|  | (C) Spese Accudimento Minori sostegno per malattia del figlio/a                          |
|  | (D) Integrazione economica del 60% maternità congedo parentale / astensione facoltativa  |
|  | (E) Integrazione al reddito del 60% maternità congedo parentale / astensione facoltativa |
|  | (F) Sostegno alla Paternità integrazione economica una tantum 1.500,00 euro              |
|  | (G) Contributo Annuo Assistenza Legge 104/92 1000,00 euro                                |
|  | (H) Rimborso fino al 50% della contribuzione volontaria per part/time                    |

**\*contrassegnare la prestazione/i interessate**

**Ente Bilaterale del Commercio, della Distribuzione e dei Servizi  
della Provincia di Bari**

Via Amendola, 172/C K1 - 70126 BARI - Tel. 080 5240807 - Fax 080 5237534 - e-mail: segreteria@ebiterbari.com

A tal fine, come previsto dall'art. 7 del medesimo Avviso,

**ALLEGA:**

1. Fotocopia del documento d'identità in corso di validità firmata a margine in originale;
2. Attestazione ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda riferita al nucleo familiare abitualmente convivente dichiarato nell'apposita dichiarazione sostitutiva di certificazioni;
3. Dichiarazione sostitutiva di certificazione, conforme allo schema di cui alla "Sezione b)" del presente Avviso, sottoscritta dall'interessato/a, resa ai sensi dell'art. 46 del DPR n.445/2000 s.m.i. e nella consapevolezza del disposto di cui agli artt. 75 e 76 del citato DPR, dalla quali risulti:
4. Stato di famiglia; residenza in Provincia di BARI e BAT - codice IBAN del richiedente la prestazione di sostegno
5. Cedolino paga attestante la trattenuta della quota contrattuale dovuta all'EBiter-BARI in caso di lavoro dipendente, o modello F24 in caso di titolare o socio d'opera;
6. Per le prestazioni di cui all'art. 4 lettere a) e b) solo a seguito dell'effettivo godimento delle prestazioni, presentazione di documento contabile;
7. Per le prestazioni di cui all'art. 4 lettera c) cedolino paga attestante l'effettivo decorso di tutto il periodo per cui si è goduta l'indennità;
8. Per le prestazioni di cui all'art. 4 lettere d) ed e) cedolino paga attestante l'effettivo godimento delle prestazioni principali, ovvero a seguito del decorso del periodo di congedo parentale, e copia della Domanda presentata all'INPS; Per la lettera g) va allegata il Certificato ASL che attesta al 100% invalidità permanente, il Provvedimento INPS 104 (il destinatario del provvedimento può essere il lavoratore richiedente o altro familiare), Autocertificazione per dichiarazione che il familiare è fiscalmente a carico;
9. Per la prestazione di cui all'art. 4 lettera f) presentazione di autocertificazione del richiedente la prestazione resa ai sensi di legge (DPR 445/2000 e s.m.i.) sulla data dell'effettiva nascita del minore; atto notorio reso dalla madre resa ai sensi di legge (DPR 445/2000 e s.m.i.) in cui si dichiara di non aver usufruito di trattamento economico di maternità da contratto di lavoro subordinato o autonomo.

Luogo e Data ....., ...../...../.....

Firma \_\_\_\_\_

"Sezione b)"

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E  
DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(Art. 46, Art. 47 - D.P.R. 28.12.2000, n. 445)**

Il/La sottoscritt\_ (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_, nata/o a  
\_\_\_\_\_ (provincia \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, codice fiscale  
\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, n.  
\_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_,

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 sulle sanzioni CIVILI E PENALI cui può andare incontro per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

D i c h i a r a

- che tutti i dati personali sopra dichiarati SONO VERI;
- di svolgere la propria attività con sede operativa nella Provincia di Bari o Bat;
- che il proprio stato di famiglia è composto nel seguente modo:

| COMPONENTE NUCLEO | COGNOME/NOME | LUOGO E DATA NASCITA |
|-------------------|--------------|----------------------|
| PADRE             |              |                      |
| MADRE             |              |                      |
| FIGLIO/A          |              |                      |
| ALTRO COMPONENTE  |              |                      |

- che il proprio CODICE IBAN è: \_\_\_\_\_  
BANCA \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

Attesta inoltre

il possesso dei seguenti requisiti:

- essere un lavoratore/lavoratrice dipendente dell'Azienda \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_ tempo pieno / part time \_\_\_\_\_ %.
- essere assunto con contratto di lavoro di tipo subordinato a \_\_\_\_\_;
- Di non aver usufruito di altri benefici pubblici per la stessa prestazione richiesta nel presente avviso;
- Che il figlio \_\_\_\_\_ per cui si chiede la prestazione di cui all'art. 4 lettera g) (CONTRIBUTO ASSISTENZA LEGGE 104/92 ) è fiscalmente a carico al \_\_\_\_\_ %.

Il/La sottoscritta/o \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso affinché i dati forniti con la presente dichiarazione possano essere trattati, nel rispetto del D. LGS. 196/2003, per gli adempimenti connessi all'Avviso di selezione ( art. 11 del Bando) cui chiede di partecipare con l'apposita domanda di candidatura e si impegna pena la revoca del beneficio alla presentazione della documentazione che sarà richiesta al fine di dimostrare l'effettivo fruizione del beneficio/sussidio.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante