

## Allegato 2 “Modulo domanda famiglie”



DGR n. 368/2026 cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo Regione Emilia Romagna PR FSE+ 2021-2027 priorità 3 Inclusione\_ Obiettivo specifico K-

<b>DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTO ALLA COPERTURA DEL COSTO DI FREQUENZA AI CENTRI ESTIVI PER BAMBINE/I RAGAZZE/I DA 3 A 13 ANNI (nati dal 01/01/2013 al 31/12/2023) E BAMBINE/I RAGAZZE/I certificati L.104/1992 (o L.102/2009) DA 3 A 17 ANNI (nati dal 01/01/2009 al 31/12/2023) ANNO 2026</b> <i>“Progetto per il contrasto alle povertà educative e la conciliazione vita-lavoro: sostegno alle famiglie per la frequenza di centri estivi”</i> <i>promosso dalla Regione Emilia Romagna DGR n. 368/2026 cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo Regione Emilia- Romagna PR FSE+ 2021-2027</i>	protocollo
---	------------

**DATI DEL RICHIEDENTE**     Madre     Padre     Tutore, Affidatario

**N.B. il genitore che presenta domanda di contributo deve essere lo stesso che ha fatto l'iscrizione al centro estivo**

Cognome/Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ e.mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

Il/La sottoscritto/a, in relazione alla presente domanda per la concessione di **contributo** “Progetto per il contrasto alle povertà educative e la conciliazione vita-lavoro 2026” a parziale rimborso dei costi sostenuti per la frequenza dei bambini/ragazzi ai CENTRI ESTIVI per l'anno 2026, consapevole delle pene previste per false e mendaci dichiarazioni ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 496 del C.P., e consapevole, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. citato, che qualora da eventuali controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

**SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ DICHIARA QUANTO SEGUE:**

che nel nucleo familiare del minore sono presenti entrambi i genitori;

OPPURE

che nel nucleo familiare del minore è presente un solo genitore;

*(Per la composizione del nucleo familiare ai fini ISEE fare riferimento al D.P.C.M. n. 159/2013 artt. 3 e 7)*

**DATI DELL'ALTRO GENITORE**  Madre  Padre

Cognome/Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

**DATI DEL MINORE ISCRITTO AL CENTRO ESTIVO**

*Ai fini della valorizzazione degli indicatori di output, di cui all'allegato I del Regolamento (UE) 2021/1057, è necessaria, insieme ai dati evidenziati del genitore richiedente<sup>1</sup>, la raccolta dei seguenti dati relativi al bambino/ragazzo così come previsto dal punto 14 della DGR 368/2026.*

Cognome/Nome \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

CODICE FISCALE

**Titolo di studio del minore (scegliere codice)**

- 0 NESSUN TITOLO
- 1 LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE
- 2 LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE

**Tipo eventuale svantaggio (scegliere codice)**

- 5 Persona con disabilità certificata ai sensi della Legge 104/1992 (o Invalidità certificata Legge 102/2009)
- 6 Persona con disabilità iscritta al collocamento mirato
- 12 Minoranze linguistiche, etniche, religiose, ... (comprese le comunità rom)
- 16 Persona senza dimora o colpita da esclusione abitativa
- 18 Persona che non presenta alcuna tipologia di svantaggio

**CON CODICE 5, DISABILITA' CERTIFICATA AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992 (o INVALIDITA' Legge 102/2009), ALLEGARE DOCUMENTAZIONE\***

**DICHIARA**

di avere preso visione del bando per l'erogazione del contributo e delle CONDIZIONI IVI RIPORTATE.

DI ESSERE ESONERATO DAL REQUISITO ISEE IN QUANTO IL MINORE è IN UNA CONDIZIONE DI DISABILITA' CERTIFICATA AI SENSI DELLA LEGGE 104/1992 (o INVALIDITA' ai sensi Legge 102/2009), di cui si allega documentazione\*

OPPURE

DI POSSEDERE UN VALORE ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) 2026 o, attestazione ISEE 2025 o, nei casi previsti dalle disposizioni vigenti, ISEE CORRENTE, non superiore a 26.000,00 euro ossia PARI ad € \_\_\_\_\_, data di rilascio \_\_\_\_\_

**N.B. Relativamente al requisito reddituale l'ISEE richiesto è quello per le prestazioni agevolate rivolte ai minorenni (coincidente con l'ISEE ordinario qualora il nucleo familiare non si trovi nelle casistiche disciplinate dall'art. 7 del DPCM 159/13 e ss.mm.ii.)**

✓ che nel nucleo familiare –scegliere di seguito la propria condizione familiare-  
(nucleo familiare da intendersi anche famiglie affidatarie e nuclei monogenitoriali, con attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente)

ENTRAMBI I GENITORI (nel caso di nucleo monogenitoriale: IL GENITORE) LAVORANO o SI TROVANO IN C.I.G., IN MOBILITÀ O DISOCCUPATI PARTECIPANTI ALLE MISURE DI POLITICA ATTIVA DEL LAVORO (specificare la condizione per entrambi)

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

UN SOLO GENITORE LAVORA E L'ALTRO SI TROVA IN C.I.G., IN MOBILITÀ O DISOCCUPATO PARTECIPANTE ALLE MISURE DI POLITICA ATTIVA DEL LAVORO (specificare genitore e condizione) \_\_\_\_\_

UN SOLO GENITORE LAVORA E/O SI TROVA IN C.I.G. IN MOBILITÀ O DISOCCUPATO PARTECIPANTE ALLE MISURE DI POLITICA ATTIVA DEL LAVORO (specificare genitore e condizione) \_\_\_\_\_ E L'ALTRO RISULTA NON OCCUPATO IN QUANTO IMPEGNATO IN MODO CONTINUATIVO IN COMPITI DI CURA\*\*, VALUTATI CON RIFERIMENTO ALLA PRESENZA DI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE CON DISABILITÀ GRAVE O NON AUTOSUFFICIENTI, COME DEFINITI AI FINI ISEE. (allegare documentazione attestante la disabilità/non autosufficienza del familiare assistito\*)

- ✓ di essere informato che il Comune di \_\_\_\_\_ si riserva la facoltà di effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai richiedenti relativamente alle condizioni che hanno dato luogo alla concessione del contributo;
- ✓ di essere informato che, l'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni rese comporterà l'esclusione dal beneficio e l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 TU 28/12/00 n. 445.
- ✓ di impegnarsi a produrre la documentazione che il Comune riterrà necessario acquisire in sede di accertamento tecnico e/o richiesta di esibizione documentale, nonché a fornire ogni notizia utile, nei termini e modalità richiesti;
- ✓ di essere a conoscenza che è fatto obbligo al sottoscrittore della domanda di comunicare per iscritto, alla data della variazione, ogni modifica intervenuta ai requisiti dichiarati;
- ✓ di essere a conoscenza che il contributo richiesto è finanziato con risorse del Programma Regionale Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+ 2021-2027), e allega alla presente il modulo "FSE+\_Scheda beneficiari" compilato e firmato;
- ✓ di impegnarsi a produrre autocertificazione mod. "Dichiarazione altri contributi" (in caso di più figli da compilare obbligatoriamente una per ogni bambino) relativa all'assenza/presenza di altri contributi pubblici e/o privati per la frequenza di centri estivi e relativa documentazione comprovante l'assegnazione e quantificazione dell'eventuale importo percepito.

La dichiarazione di cui mod. "Dichiarazione altri contributi" dovrà essere presentata sia in assenza che in presenza di altri contributi/agevolazioni pubblici, e/o privati, per centri estivi e andrà accompagnata dalla documentazione comprovante l'assegnazione e quantificazione dell'eventuale importo percepito con gli stessi;

**DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE, IN OTTEMPERANZA ALLA DGR 368/2026:**

- a) l'effettiva frequenza, in termini di presenze e costi, verrà certificata dalla documentazione di rendicontazione presentata a fine progetto confrontata con il MOD. 3 "Dichiarazione presenze e quietanza da parte dei Centri estivi" compilato dai gestori dei centri estivi frequentati dal/dai minori, di cui al punto 2 dell'Avviso di cui alla presente;
- b) le settimane di frequenza considerate ai fini del contributo saranno quelle effettivamente frequentate nei centri estivi accreditati e realmente frequentati e il contributo sarà calcolato in base ai criteri di cui al punto 2 dell'Avviso di cui alla presente;

**DICHIARA CHE IL/I CENTRO/I ESTIVO/I PER IL/I QUALE/I SI RICHIEDE IL CONTRIBUTO È/SONO PRESENTE/I NELL'ELENCO DEI CENTRI ESTIVI ACCREDITATI AL "PROGETTO PER IL CONTRASTO ALLE POVERTA' EDUCATIVE E LA CONCILIAZIONE VITA E LAVORO ANNO 2026" REGISTRATI NEGLI APPOSITI ELENCHI DISTRETTUALI E PUBBLICATI SUL SITO DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA (...[LINK.](#))**

**Tabella da compilare:**

Nome centro estivo	sede	Tariffa settimanale €

**CON RIFERIMENTO ALLO STATO OCCUPAZIONALE, DICHIARA QUANTO SEGUE:**

**PADRE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE OCCUPAZIONALE:**

Specificare \_\_\_\_\_

**LUOGO DI LAVORO:**

Nome Ditta/Ente:

\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Data di assunzione o inizio attività:

- Lavoratore dipendente tempo indeterminato
- Lavoratore dipendente a tempo determinato con scadenza contratto il \_\_\_\_\_
- Lavoratore a progetto, precario iscritto alla gestione separata INPS
- Lavoratore Autonomo/Libero Professionista
- P.IVA n. \_\_\_\_\_  
(allegare certificazione)
- Camera di Commercio di \_\_\_\_\_  
(allegare certificazione)

**MADRE**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE OCCUPAZIONALE:**

Specifica \_\_\_\_\_

**LUOGO DI LAVORO:**

Nome Ditta/Ente:

\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Data di assunzione o inizio attività:

- Lavoratore dipendente tempo indeterminato
- Lavoratore dipendente a tempo determinato con scadenza contratto il \_\_\_\_\_
- Lavoratore a progetto, precario iscritto alla gestione separata INPS
- Lavoratore Autonomo/Libero Professionista
- P.IVA n. \_\_\_\_\_  
(allegare certificazione)
- Camera di Commercio di \_\_\_\_\_  
(allegare certificazione)

Il sottoscritto chiede:

► di voler ricevere ogni comunicazione relativa al centro estivo al seguente indirizzo email: \_\_\_\_\_;

► che l'importo del contributo sia liquidato sul conto corrente, a sé intestato o cointestato (DI CUI SI ALLEGA FOTOCOPIA) impegnandosi a comunicarne eventuali variazioni:

BANCA \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

L'Amministrazione Comunale effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese dai richiedenti anche con verifiche in merito al reddito, alla residenza e alla condizione occupazionale.

L'accertamento della non veridicità delle dichiarazioni rese comporterà l'esclusione dal beneficio e l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 TU 28/12/00 n. 445.

Tutti i dati acquisiti saranno gestiti secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

**I dati potranno essere comunicati a Regione Emilia-Romagna per le attività di gestione, rendicontazione, monitoraggio e controllo previste dai regolamenti UE.**

**I dati potranno essere comunicati ad Autorità di Controllo nazionali ed europee nell'ambito delle loro attività istituzionali.**

La responsabilità del procedimento amministrativo è affidata alla dott.ssa Roberta Curtarelli, Responsabile dei Servizi Socioeducativi

Eventuali informazioni potranno essere richieste a: Silvia Comati – Servizi Scolastici - tel. 0524 931736 e-mail: [comati@comune.busseto.pr.it](mailto:comati@comune.busseto.pr.it)

### SI ALLEGA:

- copia del documento d'identità del genitore dichiarante;
- se cittadini extracomunitari, copia non autenticata del permesso di soggiorno o della carta di soggiorno ai sensi del D.lgs. n. 286/1998 di chi sottoscrive la domanda.  
In alternativa è possibile presentare copia dell'istanza di rinnovo del permesso di soggiorno.
- fotocopia IBAN
- certificazione per disabilità GRAVE /non autosufficienza del familiare assistito in modo continuativo\*\*
- certificazione disabilità Legge 104/1992, o certificazione invalidità Legge 102/2009, del minore\* per cui si presenta domanda
- modulo “FSE+ *beneficiari*” compilato e firmato per presa visione;
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 30/06/2003 n. 196, “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dal Regolamento (UE) del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali che i dati personali comunicati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nel pieno rispetto dei principi fissati dalla normativa richiamata per le finalità collegate alla presente procedura.

Luogo, \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante**

\_\_\_\_\_