



UNIONE MONTANA DEI SIBILLINI

63854 SANTA VITTORIA
IN MATENANO (FM)

AMANDOLA - COMUNANZA - FORCE - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO
MONTEPARO - MONTEMONACO - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATENANO - SMERILLO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 24

INTERVENTO 2

All'Unione Montana dei Sibillini
Ambito Territoriale Sociale 24
Via C.so G. Matteotti 46/48 – 63854
Santa Vittoria in Matenano (FM)
unione.sibillini@emarche.it

1) VOUCHER DI CURA - ART. 14 L.R. n.8/2025 – spese sostenute dal 01/01/2026 al 31/10/2026;

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ Codice Fiscale _____ Residente in Comune di _____
_____ Via _____ n. _____ CAP _____
Telefono _____ Cell. _____
Email _____

CHIEDE

di essere ammesso/a alla concessione del contributo economico previsto dall'Avviso Pubblico per interventi a sostegno della famiglia - **INTERVENTO 2 per le spese sostenute nell'Anno 2026 (01/01/2026 - 31/10/2026).**

A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI DICHIARA

REQUISITI GENERALI:

☐ di essere cittadino/a italiano/a

oppure

☐ di essere cittadino/a dell'Unione Europea - Stato: _____

oppure

☐ di essere cittadino/a extra UE, titolare di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo

oppure

☐ di essere cittadino/a extra UE, regolarmente soggiornante con permesso di soggiorno di durata biennale n. _____ rilasciato il _____ con scadenza _____

☐ di essere residente nel Comune di _____ (ATS 24) dal _____

☐ di essere in possesso di attestazione ISEE ordinario prevista dalla disciplina regionale di riferimento in corso di validità pari a € _____

☐ che la spesa sostenuta è pari ad € _____.



AMANDOLA - COMUNANZA - FORCE - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO
MONTEPARO - MONTEMONACO - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATENANO - SMERILLO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 24

REQUISITI SPECIFICI INTERVENTO 2:

- ☐ aver assunto un assistente familiare per la cura dei figli minori o delle persone con disabilità o non autosufficienti a carico della famiglia nell'anno 2026 (01/01/2026 – 31/10/2026), mediante regolare rapporto di lavoro;
 - ☐ di essere in possesso della documentazione attestante la regolarità del rapporto di lavoro e degli adempimenti contributivi previsti dalla normativa vigente.
-
- ☐ di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 esclusivamente per le finalità connesse alla concessione del beneficio richiesto
 - ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei requisiti dichiarati.
-

ALLEGA

1. Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente
 2. Attestazione ISEE prevista dalla disciplina regionale di riferimento ordinario in corso di validità
 3. Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU)
 4. **Documentazione** attestante la regolarità contributiva e gli adempimenti connessi al rapporto di lavoro;
 5. IBAN Conto Corrente Bancario/Postale (**NO LIBRETTO POSTALE**)
 6. C.F. dell'intestatario dell'IBAN.
-

Data _____

Firma del richiedente _____