



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE
DIREZIONE GENERALE - SERVIZIO ATTIVITA' TERRITORIALI

POR FSE 2014/2020

**AVVISO SERVIZI PER LA CREAZIONE D'IMPRESA
PROGRAMMA "IMPRINTING"**

Mod. 1.3

DOMANDA DI EROGAZIONE VOUCHER

Servizi ex post - Conciliazione vita/lavoro

Spett.le **Regione Autonoma della Sardegna**

Assessorato del Lavoro, Formazione Professionale,
Cooperazione e Sicurezza Sociale
Servizio Attività Territoriali
Via Caravaggio s.n, 09121 Cagliari

ID _____

Il/La sottoscritto/a(Nome).....(Cognome)

nato/a a (Comune) (Provincia).....

il ____/____/____ **Codice Fiscale** _____
(gg/mm/aaaa)

Sesso M F

Denominazione dell'attività imprenditoriale avviata¹

.....

Con sede in Via

Ragione sociale P.IVA

Presenta domanda di erogazione voucher per i servizi ex post – Conciliazione vita/lavoro per le seguenti tipologie di intervento (barrare con una X la/le caselle d'interesse)

Servizi educativi e di accompagnamento per figli fino a 15 anni	
Servizi di assistenza per anziani non autosufficienti	
Servizi di assistenza per persone disabili	

¹ Si intende l'iscrizione all'Agenzia delle Entrate con l'attribuzione di Partita IVA e/o l'iscrizione al Registro Imprese della Camera di Commercio

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, decadrà automaticamente dalla concessione del voucher e incorrerà nelle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. per le ipotesi di falsità in atti e per dichiarazioni mendaci

DICHIARA

➤ **di essere residente in:**
Via/Piazza n° Comune
C.A.P. Provincia

➤ **di avere il domicilio in:** *(solo nel caso in cui la residenza non coincida con il domicilio)*
Via/Piazza n° Comune
C.A.P. Provincia

➤ **di voler essere contattato attraverso uno dei seguenti recapiti:**
Tel. Abitazione/.....Tel. Cellulare/.....
e-mail

➤ **di essere destinatario del voucher servizi ex post- Accompagnamento allo start up di nuove iniziative d'impresa e al trasferimento d'azienda**

➤ **di aver avviato l'attività o realizzato il trasferimento d'azienda** dal |__|_|_|/|__|_|_|_|_|
(mm/aaaa)

indicare la data di iscrizione al Registro Imprese CIAA o l'iscrizione all'Agenzia delle Entrate con l'attribuzione della Partita Iva oppure, nel caso di trasferimento d'azienda, la data di subentro effettivo del destinatario nell'azienda in qualità di titolare o socio, così come registrata alla CIAA.

- **di possedere i seguenti requisiti** *(barrare la/e casella/e d'interesse):*
- avere figli a carico nell'età compresa tra 3 mesi e 15 anni (compresi i minori adottati o affidati conviventi);
 - e/o
 - trovarsi nella condizione prevista dalla L.104/1992 artt.3 e 33, di dover assistere persona/e con handicap in situazione di gravità, coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i 65 anni di età, oppure siano anche essi stessi affetti da patologie invalidanti.

DICHIARA ALTRESI'

- che i servizi di conciliazione richiesti nella presente domanda di voucher non sono finanziati da altre fonti di finanziamento comunitarie, nazionali o regionali;
- di essere consapevole degli adempimenti richiesti dall'Avviso pubblico e dall'Avviso Informativo e di accettare integralmente le norme di gestione e rendicontazione del voucher ivi definite;
- di impegnarsi a presentare la documentazione attestante le effettive spese sostenute e quietanzate nei tempi previsti dall'Avviso pubblico e dall'Avviso Informativo;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali sulla base del D. Lgs. 196/03 e s.m.i.

Allega:

- copia della carta identità in corso di validità

Luogo e data

Firma

.....
(Firma per esteso e leggibile)

Operatore _____
(cognome e nome) (firma)

CPLF _____

