

AL COMUNE DI.....

OGGETTO: rendicontazione relativa all'assegnazione del contributo "family help" per servizi di cura e sostegno educativo per famiglie o donne madri sole finalizzati ad agevolare la conciliazione dei tempi di vita e lavoro (Avviso pubblico dd..... del). Nome Cognome

Il/La sottoscritto/a, IN QUALITA' DI BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO RICEVUTO A VALERE SULL'AVVISO di cui all'oggetto nome cognome

nata/o il _____ a _____ Prov. _____

E residente nel Comune di _____ prov. _____ CAP _____

Via / Piazza _____ n. _____

tel. _____ indirizzo e.mail _____

E

Il/La sottoscritto/a IN QUALITA' DI PRESTATORE DI LAVORO E ISCRITTO ALL'ELENCO REGIONALE "FAMILY HELP" nome _____ cognome _____

nata/o il _____ a _____ Prov. _____

residente nel Comune di _____ prov. _____ CAP _____

Via / Piazza _____ n. _____

tel. _____ indirizzo e.mail _____

DICHIARANO

consapevole che la dichiarazione mendace, la falsità in atti e l'uso di atto falso costituiscono reato ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che comportano l'applicazione della sanzione penale

di avere utilizzato, nelle modalità e nei termini, sotto indicati i buoni lavori INPS acquistati con il contributo concesso a valere sull'avviso in oggetto.

Tipo di servizio ⁱ

n. totale di ore di servizio di prestazione rispettivamente ricevute e prestate _____

n. totale di buoni acquistati con il contributo _____

n. totale di buoni utilizzati da parte del soggetto beneficiario del contributo _____

n. totale dei buoni riscossi da parte del prestatore di lavoro _____

calendari oro delle prestazioni

Data della prestazione	orario
------------------------	--------

Data _____

Firma _____ (BENEFICIARIO DEL CONTRIBUTO)

Firma _____ (PRESTATORE DI LAVORO)

La firma viene apposta dai sottoscritti allegando fotocopia del documento di identità ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

CON LA FIRMA DELLA PRESENTE DOMANDA, IL RICHIEDENTE ATTESTA DI AVERE CONOSCENZA CHE, AI SENSI DELL'ART. 6 COMMA 3 DEL D.P.C.M. N. 221 DEL 7 MAGGIO 1999, NEI CONFRONTI DEI BENEFICIARI POSSONO ESSERE ESEGUITI CONTROLLI DA PARTE DELLA GUARDIA DI FINANZA, AL FINE DI ACCERTARE LA VERIDICITA' DELLE INFORMAZIONI FORNITE. IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' IN ATTO O USO DI ATTI FALSI, OLTRE ALLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 71 DEL D.P.R. 445/2000 L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE PROVVEDERA' ALLA REVOCA DEL BENEFICIO EVENTUALMENTE CONCESSO SULLA BASE DELLA PRESENTE DICHIARAZIONE, COME PREVISTO DALL'ART. 11 COMMA 3 D.P.R. 403/98

Allegati:

fotocopia documento di identità dei dichiaranti

ⁱ Servizi di cura per i minori, ricomprende: attività di cura della persona compreso il nutrire, lavare e vestire il minore, a seconda dell'età del minore; attività di accompagnamento a scuola, ad attività sportive, ad attività di gioco sia all'aperto, sia in strutture del territorio dedicate o per altre necessità; attività di supporto nei compiti a casa o correlati alla gestione della casa; attività ludiche in generale e compatibili con la brevità dei tempi delle prestazioni previste dal presente avviso.

ⁱ Servizi di cura per adulti in difficoltà ricomprende: attività di cura della persona compreso il nutrire, lavare e vestire la persona, a seconda delle diverse età e situazioni dell'adulto; attività di accompagnamento legate alle diverse esigenze (visite mediche, commissioni pratiche, ecc.); attività connesse alle esigenze di fare la spesa; attività ricreative.