Marca da bollo (€ 16,00)

Allegato 1A - Domanda di finanziamento

Alla Regione Toscana
Settore Lavoro

Oggetto: PR FSE+ 2021-2027 – Avviso pubblico per il finanziamento di misure di conciliazione vita-lavoro a sostegno di lavoratrici e lavoratori indipendenti – Linea 1

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)_____

Nato/a a_____Prov. _____il_____

Residente a _____Provincia_____

via/piazza_____n._____

Codice fiscale_____

Numero tel/cell._____

Indirizzo PEC _____

Indirizzo mail_____

Nella seguente posizione professionale (compilare la sezione pertinente):

□ Titolare di impresa individuale
Partita Iva_____
Iscritto/a alla seguente cassa o gestione previdenziale:_____

□ Libero/a professionista iscritto/a ad albi di Ordini o Collegi professionali:_____(indicare Ordine/Collegio)
Partita Iva_____
Iscritto/a alla seguente cassa o gestione previdenziale:_____

□ Libero/a professionista iscritto/a a:
□ associazioni di cui alla Legge 4/2013_____(indicare associazione)
□ associazioni di cui alla L.R. n.73/2008 e ss.mm.ii _____(indicare associazione)
Partita Iva_____
Iscritto/a alla seguente cassa o gestione previdenziale:_____

□ Libero/a professionista senza cassa
Indicare la categoria professionale:_____
Partita Iva_____
Iscritto/a alla seguente gestione previdenziale:_____

CHIEDE

il finanziamento per un importo complessivo pari a €_____(max € 2.000)

per la fruizione delle seguenti misure di conciliazione:

□ contributo per la fruizione di servizi di cura e assistenza per figli/e conviventi minori di 13 anni al momento della presentazione della domanda
Specificare la tipologia di servizio:_____
Compilare la tabella seguente con i dati anagrafici del o dei figli per cui si richiede il contributo:

Nome e cognome	Codice fiscale	Data di nascita

□ contributo per la fruizione di servizi di cura e assistenza per membri del nucleo familiare non autosufficienti, disabili, o con handicap in situazione di gravità
Specificare la tipologia di servizio:_____
Compilare la tabella seguente con le informazioni sui membri del nucleo familiare per cui si richiede il contributo:

Nome e cognome	Codice fiscale	Grado di parentela (es. figlio, coniuge, convivente ecc)	Specificare la condizione (disabile, non autosufficiente, handicap in condizione di gravità)

DICHIARA

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, così come disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000:

- di non essere destinatario/a di altri finanziamenti erogati da soggetti pubblici o privati per lo stesso servizio;
- che il servizio per cui si richiede il contributo presenta le caratteristiche specificate all'art. 3.1;
- di richiedere il contributo solamente per i membri del proprio nucleo familiare, indicati nella tabella sopraelencata, con le caratteristiche specificate all'art. 3.1 dell'avviso (figli/e, coniuge, altra parte dell'unione

civile tra persone dello stesso sesso o della/del convivente di fatto ai sensi della legge n. 76/2016, parente o affine entro il terzo grado, non autosufficienti, disabili, o con handicap in situazione di gravità);

- di non trovarsi nella condizione di lavoratore/trice dipendente, amministratore/trice di società, socio/a di società
- di essere in possesso dei seguenti requisiti al momento della presentazione della domanda:
  - residente in Toscana;
  - con Partita Iva attiva;
  - con ISEE non superiore ad € 40.000;
  - iscritto/a alla cassa o gestione previdenziale obbligatoria prevista per la tipologia di attività o professione svolta;

- di aver adempiuto al pagamento secondo norme di legge della marca da bollo pari a 16 euro (numero marca da bollo _____ data marca da bollo_____).

Si trasmettono con la presente domanda:

- fotocopia di documento di identità leggibile e in corso di validità
- atto di impegno unilaterale Allegato 1B

Luogo e data _____

Firma_____