

MODULO DI RICHIESTA DEI BENEFICI PER L'ABBATTIMENTO DELLE RETTE A CARICO DELLE FAMIGLIE PER LA FREQUENZA DI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA

Al Servizio sociale dei Comuni (SSC)

\_\_\_\_\_ per il tramite del Comune di:\*

\_\_\_\_\_ \*(indicare il Comune solo nei casi di iscrizione a un servizio educativo gestito o messo a disposizione dal Comune)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (  M -  F )  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, domiciliato a \_\_\_\_\_ (da specificare solo se diverso dalla residenza)  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,  
con cittadinanza \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_,  
indirizzo email \_\_\_\_\_

**chiede**

che gli siano riconosciuti i buoni di servizio per l'abbattimento delle rette di frequenza dei servizi per la prima infanzia finanziate con le risorse del POR FSE 2014-2020 (Programma specifico 23/18) e/o i benefici regionali per l'abbattimento delle rette a carico delle famiglie per la frequenza di servizi educativi per la prima infanzia secondo le disposizioni di cui all'articolo 15 della legge regionale 20/2005 e del relativo Regolamento attuativo emanato con D.P.Reg. n. 139 del 10.7.2015 e successive modifiche<sup>1</sup>, per l'anno educativo 2019-20, maggiormente favorevoli sulla base dei requisiti dichiarati nella presente domanda.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni rese e sottoscritte con la presente richiesta ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 hanno valore di dichiarazioni sostitutive di certificazioni o di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, e che, in caso di dichiarazioni mendaci o false attestazioni, si applicano le sanzioni penali di cui all'art. 76 del medesimo DPR 445/2000

**Dichiara**

quale esercente la potestà genitoriale sul/sui minore/i, di cui alla tabella allegata, che lo/gli stesso/i è/sono iscritto/i per l'anno educativo 2019-20 al servizio educativo indicato nella medesima tabella,

- di essere residente o di prestare attività lavorativa nel territorio della regione da almeno un anno;
- di essere un nucleo familiare con un unico figlio minore;
- di essere un nucleo familiare con due o più figli minori;
- di avere due o più figli iscritti contemporaneamente ai servizi per la prima infanzia,

<sup>1</sup> Nel caso di iscrizione a un servizio gestito da un Comune, oppure di iscrizione presso altri servizi a disposizione del Comune per i quali l'accesso è regolato dal Comune medesimo, la domanda è presentata sotto condizione dell'effettiva ammissione alla frequenza del servizio.

- di essere residente o di prestare attività lavorativa nel territorio regionale da
  - 5 anni
  - meno di 5 anni
- che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del proprio nucleo familiare per il corrente anno, calcolato sulla base della DSU prot. \_\_\_\_\_, ammonta a Euro \_\_\_\_\_;
- di essere madre di un figlio minore impegnata in un percorso personalizzato di protezione e sostegno all'uscita da situazioni di violenza
- di essere madre di più figli minori impegnata in un percorso personalizzato di protezione e sostegno all'uscita da situazioni di violenza
- che al momento della presentazione della domanda i soggetti esercenti la potestà genitoriale sul/i minore/i di cui all'elenco nella tabella allegata risultano trovarsi nella seguente condizione lavorativa<sup>2</sup>:

nome e cognome <sup>2</sup>	condizione lavorativa <sup>2</sup>
	<input type="checkbox"/> occupato <input type="checkbox"/> in stato di disoccupazione di cui all'art. 19 del D.Lgs 150/2015 <input type="checkbox"/> altro (nessuna delle condizioni sopra indicate)
	<input type="checkbox"/> occupato <input type="checkbox"/> in stato di disoccupazione di cui all'art. 19 del D.Lgs 150/2015 <input type="checkbox"/> altro (nessuna delle condizioni sopra indicate)

**autorizza**

il Servizio Sociale dei Comuni in indirizzo a erogare il beneficio spettante al gestore del servizio educativo indicato nella tabella allegata al fine di abbattere il costo retta mensile relativo al servizio medesimo.

Il sottoscritto si impegna, altresì, a comunicare l'eventuale ammissione di benefici di cui alla presente domanda, nonché il relativo ammontare, ad altri soggetti che intendessero erogare ulteriori provvidenze per le medesime finalità.

Dichiara inoltre di aver letto il contenuto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- Copia del documento d'identità in corso di validità
- Tabella, allegata alla domanda, con l'elenco dei minori e il dettaglio dei dati dell'iscrizione
- Nota informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del d.lgs. 30.6.2003 n. 196 e del Regolamento UE n. 2016/679.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

<sup>2</sup> Da compilare solamente nel caso in cui l'ISEE sia pari o inferiore a euro 20.000,00 per poter usufruire dei buoni di servizio per l'abbattimento delle rette di frequenza dei servizi per la prima infanzia finanziati con le risorse del POR FSE.

ALLEGATO

**Elenco dei Minori - Dettaglio dei dati dell'iscrizione**

MINORE	DENOMINAZIONE SERVIZIO	PERIODO DA	PERIODO A	TIPO STRUTTURA	TIPO ORARIO
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese
Codice fiscale: cognome e nome: sesso: cittadinanza: residenza (se diversa da quella del richiedente):  Comune e Stato di nascita:				<input type="checkbox"/> Nido d'infanzia <input type="checkbox"/> Servizio educativo domiciliare <input type="checkbox"/> Centro per bambinl e genitori <input type="checkbox"/> Spazio gioco	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Tempo parziale <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Frequenza sotto le 30 ore/mese

1 Frequenza per almeno 100 ore al mese e con almeno 10 giorni con frequenza superiore alle 5 ore.

2 Frequenza inferiore ai limiti minimi stabiliti per il tempo pieno, per almeno 30 ore al mese.



## INFORMAZIONI EX ART. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 GDPR

Gentile Signora, Egregio Signore,  
desideriamo informarla che:

- 1) il titolare del trattamento dei dati, congiuntamente con il Comune di sua residenza, è l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli (di seguito A.A.S. 3), con sede a Gemona del Friuli, Piazzetta Portuzza n. 2, tel 0432.989401, pec [aas3.protgen@certsanita.fvg.it](mailto:aas3.protgen@certsanita.fvg.it);
- 2) i dati di contatto del Responsabile della Protezione Dati sono i seguenti: [privacy@aas3.sanita.fvg.it](mailto:privacy@aas3.sanita.fvg.it);
- 3) il trattamento dei dati personali, anche sensibili, da lei comunicati è effettuato soltanto con il suo consenso al fine dell'erogazione di prestazioni e/o all'attivazione di specifici interventi, servizi e progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari;
- 4) il conferimento dei suoi dati ha natura facoltativa, ma il rifiuto di fornire i dati e di prestare il consenso al loro trattamento impedisce l'erogazione delle prestazioni e/o l'attivazione di specifici interventi, servizi e/o la partecipazione a specifici progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari;
- 5) i dati sono trattati presso l'AAS3. Tuttavia, sulla base della particolare natura dei dati raccolti nel caso specifico, gli stessi, anche in forma aggregata, possono essere comunicati, in adempimento ad un obbligo legale o accordi nazionali vigenti tra P.A., a banche dati o per le certificazioni di pertinenza del Servizio Sanitario. I dati potrebbero essere comunicati anche ad altre Aziende Sanitarie e/o ad altri soggetti pubblici o privati, purché legittimati a riceverli sulla base di una norma di legge.  
I dati possono essere trasmessi anche a soggetti terzi in rapporto contrattuale con l'Azienda, i quali, in ogni caso, saranno nominati responsabili del trattamento, ai sensi dell'art. 28 del Regolamento Europeo. I dati rientranti relativi allo stato di salute non possono essere, in ogni caso, diffusi.
- 6) i dati raccolti vengono trattati con strumenti elettronici e non, nonché memorizzati su supporti informatici, su supporti cartacei o su altro tipo di supporto idoneo e sono custoditi e controllati in modo da ridurre al minimo, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta;
- 7) nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, i suoi dati saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati;
- 8) in ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento, il diritto di:
  - a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;

- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
  - c) chiedere l'accesso ai dati personali;
  - d) ottenere la rettifica dei dati personali inesatti e/o incompleti e la cancellazione dei dati (cd. *"diritto all'oblio"*);
  - e) ottenere la limitazione del trattamento;
  - f) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento a cui li ha forniti;
  - g) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;
  - h) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione (ovvero qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali consistente nell'utilizzo di tali dati per valutare determinati aspetti personali relativi ad una persona fisica);
  - i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca;
  - j) proporre reclamo ad un'autorità di controllo.
- 9) il consenso che le viene richiesto ha efficacia nei servizi sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari pubblici e privati accreditati, nonché in tutte le strutture sociali, socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie pubbliche e private autorizzate o accreditate. Ciò comporta che con il presente atto lei acconsente esplicitamente al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali per l'erogazione di prestazioni sociali, socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie e/o per l'attivazione di specifici interventi, servizi e progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari nonché acconsente alla comunicazione dei suddetti dati ad altri organismi sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari pubblici e privati autorizzati o accreditati esclusivamente ai fini suddetti, anche attraverso sistemi informativi elettronici.
- Si sottolinea che tutte le persone che tratteranno i suoi dati sono individualmente incaricate ed autorizzate e sono vincolate, oltre che al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali, al segreto professionale e d'ufficio.

Per esercitare i diritti previsti al punto 8 della presente informativa, dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a:

**Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 3 "Alto Friuli – Collinare – Medio Friuli"**

Piazzetta Portuzza n. 2 – 33013 Gemona del Friuli (Udine)

Telefono: 0432.989406

Fax: 0432.989407

E.mail: [urp@as3.sanita.fvg.it](mailto:urp@as3.sanita.fvg.it)



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO AI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi e per gli effetti del Regolamento generale sulla protezione dei dati  
del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa del 27 aprile 2016 n. 679 (GDPR)

Il/La sottoscritto/a									
nato/a a									
il									
residente nel Comune di									
in via/piazza									
in qualità di	<input type="checkbox"/> diretto interessato <i>oppure di</i> <input type="checkbox"/> esercente la responsabilità genitoriale <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> curatore <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno								
di	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 2px;">nome e cognome</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">nato a</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">residente nel Comune di</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">in via/piazza</td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	nome e cognome		nato a		residente nel Comune di		in via/piazza	
nome e cognome									
nato a									
residente nel Comune di									
in via/piazza									

### DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili fornitagli/le e conseguentemente

### ESPRIME IL CONSENSO

al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali e sensibili propri e/o di suo/a figlio/a e/o della persona di cui è rappresentante legale (*nome e cognome*) ..... necessari all'attività di approfondimento valutativo da parte dei servizi, alla predisposizione di un progetto personalizzato a favore di se stesso e/o di suo/a figlio/a/ e/o della persona di cui è il rappresentante legale e/o all'ottenimento di prestazioni sociali, socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie e/o all'attivazione di specifici interventi, servizi e progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.

Località e data

Firma leggibile

.....

.....



*Spazio riservato all'ufficio in caso di consenso manifestato oralmente*

Il/La sottoscritto/a ....., in qualità di .....,  
dichiara di aver consegnato il modulo avente ad oggetto l' informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili e di  
aver ricevuto la manifestazione orale di consenso al trattamento da parte di (*indicare nome e cognome*)  
....., nato a ....., il ....., identificato  
previa esibizione di ..... (*indicare gli estremi del documento di  
riconoscimento*).

Località e data .....

Firma leggibile .....

Località e data .....

Firma .....