



RegioneLombardia

ALLEGATO C

REGIONE LOMBARDIA

Domanda di accesso al contributo relativo alla misura “Bonus assistenti familiari”

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445)

Il/la richiedente in qualità di datore di lavoro che ha sottoscritto un contratto stipulato con l’assistente familiare (selezionare la scelta):

datore di lavoro che coincide con la persona assistita;

datore di lavoro diverso dalla persona assistita (*altro componente della famiglia vulnerabile con presenza di persona fragile, non obbligatoriamente convivente*):

convivente

non convivente

Il/la richiedente:

Nome

e

Cognome

Cod. fiscale _____

Iban _____

Residente in _____

in Via _____ CAP _____ Provincia _____

Documento di identità in corso di validità (carta di identità o documento equipollente ai sensi dell’art. 35 c. 2 del D.P.R. 445/2000)

Tipologia _____ Numero _____

con scadenza il _____

Telefono _____ e-mail _____



Regione Lombardia

Compilare la seguente sezione solo se la persona assistita non coincide con il datore di lavoro:

Dati della persona assistita:

_____ e _____
Nome **e** **Cognome**

Cod. fiscale _____

Residente in _____

in Via _____ **CAP** _____ **Provincia** _____

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo per la misura "Bonus assistenti familiari"

A TAL FINE DICHIARA

di aver sottoscritto un contratto di assunzione di Assistente familiare con caratteristiche di cui all'art. 7 della l.r. 15/2015, successivi provvedimenti attuativi e modifiche, alla signora/signore _____ ed aver inviato all'INPS la "Denuncia rapporto di lavoro domestico";

di essere residente in Lombardia da almeno 5 anni;

di possedere un ISEE in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 uguale o inferiore a € 25.000,00

Indicare:

- la data _____ di rilascio;
- il numero identificativo _____;
- il valore pari a _____;

di possedere un ISEE in corso di validità, rilasciato ai sensi del D.P.C.M. 159/2013 uguale o inferiore a € 35.000,00

Indicare:

- la data _____ di rilascio;
- il numero identificativo _____;
- il valore pari a _____;

di non aver avuto sentenze passate in giudicato per reati contro la persona, tra cui gli atti persecutori di cui al decreto - legge 23 febbraio 2009, n. 38, nonché per i delitti di cui agli articoli 570 e 572 del codice penale;

**RegioneLombardia**

che la persona assistita è residente in Lombardia da almeno 5 anni (da compilare se il richiedente non coincide con la persona assistita);
di non essere destinatario di altri interventi simili finanziati da risorse pubbliche;
di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n° 445, nonché alla revoca del beneficio eventualmente conseguito sulla base della dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 75 del citato D.P.R. n° 445/2000;

A TALE SCOPO ALLEGA

copia del contratto di lavoro dell'Assistente Familiare;

**RegioneLombardia**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Titolare del trattamento dati

Ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento UE 679/2016 il titolare del trattamento dei dati è la Giunta regionale della Lombardia, nella persona del Presidente pro tempore, con sede in Piazza Città di Lombardia, 1- 20124 Milano.

Responsabili esterni del Trattamento sono:

gli Ambiti territoriali dei Comuni nella persona del loro Legale Rappresentante;
Lombardia Informatica S.p.A., con sede in via T. Taramelli n. 26- Milano nella persona del Legale Rappresentante.

La domanda non richiede il pagamento dell'imposta di bollo in quanto esente ai sensi dell'art. 8 del DPR 642/1972 "Disciplina dell'imposta di bollo".

Luogo e data _____

Firma del richiedente

In caso di firma in originale cartaceo è necessario allegare copia del documento di identità in corso di validità.