



Iniziativa realizzata nell'ambito del Programma FSE+ 2021-2027 della Provincia autonoma di Trento, con il cofinanziamento dell'Unione europea - Fondo sociale europeo plus, dello Stato italiano e della Provincia autonoma di Trento.

DOMANDA DI BUONI DI SERVIZIO

Il/la sottoscritto/a

COGNOME..... NOME.....

- GENERE: M F

- NATO/AA (PROVINCIA.....) IL GIORNO/...../.....
Comune o Stato estero di nascita *sigla*

- CODICE FISCALE L

- CON CITTADINANZA: ITALIANA DI ALTRO PAESE (specificare).....

- E CON SECONDA CITTADINANZA.....

- N. TELEFONO _____ / _____ N. CELLULARE _____

- INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (EMAIL) _____

- INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA – PEC _____

- IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI STUDIO (*barrare solo la casella del titolo di studio di grado più elevato*):

00 Nessun titolo

01 Licenza elementare/attestato di valutazione finale

02 Licenza media/avviamento professionale

03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (FP), qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)

04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università

05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)

06 Diploma di tecnico superiore (ITS)

07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)

08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)

09 Titolo di dottore di ricerca

- IN QUALITÀ DI:

- presso l'impresa/ente (denominazione)

 codice fiscale

 partita IVA

- con lavoro nella sede/unità operativa ubicata nel Comune di

 via, n. C.A.P. Provincia

- con lavoro di tipo: subordinato

autonomo

- con orario di lavoro (previsto da contratto):

a tempo pieno (full-time) per n. _____ ore settimanali

a tempo parziale (part-time) per n. _____ ore settimanali

IN FASE DI ASSUNZIONE CON RAPPORTO DI LAVORO A PARTIRE DAL GIORNO/...../.....

- presso l'impresa/ente (denominazione)

 codice fiscale

 partita IVA

- con lavoro nella sede/unità operativa ubicata nel Comune di

 via, n. C.A.P. Provincia

- con lavoro di tipo: subordinato

autonomo

- con orario di lavoro: a tempo pieno (full-time) per n. _____ ore settimanali

a tempo parziale (part-time) per n. _____ ore settimanali

- SE SI RICHIEDE L'ASSEGNAZIONE DI UN BUONO DI SERVIZIO AL FINE DI CONCILIARE LE ESIGENZE FAMILIARI CON LE ESIGENZE DI FORMAZIONE/RIQUALIFICAZIONE FINALIZZATA ALLA RICERCA ATTIVA DEL LAVORO, DI TROVARSI NELLA SEGUENTE CONDIZIONE OCCUPAZIONALE:

DISOCCUPATO ISCRITTO A UN CENTRO PER L'IMPIEGO DELLA PROVINCIA DI TRENTO

LAVORATORE SOSPESO PER CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI ORDINARIA (MA NON PER EVENTO METEOROLOGICO), STRAORDINARIA (ANCHE PER CONTRATTO DI SOLIDARIETA') O IN DEROGA

- presso l'impresa/ente (denominazione)

 codice fiscale

 partita IVA

- con lavoro nella sede/unità operativa ubicata nel Comune di

 via, n. C.A.P. Provincia

E INSERITO/A NEL SEGUENTE PERCORSO DI FORMAZIONE/RIQUALIFICAZIONE PROMOSSO O RICONOSCIUTO DALLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO E FINALIZZATO ALLA RICERCA ATTIVA DEL LAVORO:

- Denominazione corso

- Soggetto attuatore

- Data inizio corso / / Data fine corso / /

- Monte ore settimanale: n..... ore **OPPURE**, nel caso in cui non si conosca l'articolazione oraria settimanale del corso all'atto di richiesta del buono di servizio, monte ore complessivo corso: n. _____ ore

– (SOLO IN CASO DI PROGETTI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO PER LA FASCIA A O A1) CHE IL/I FRUITORE/I DEI SERVIZI DETTAGLIATI NEI PROGETTI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO ALLEGATI SI TROVA/NO NELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

Nome, cognome e codice fiscale del fruitore

.....

- (solo per i residenti in provincia di Trento) - è residente in un comune privo di nido d'infanzia: - comunale – intercomunale - in convenzione intercomunale a titolo oneroso per il comune; SÌ NO
 - (solo per i residenti fuori provincia) è domiciliato in un comune privo di nido d'infanzia: comunale – intercomunale - in convenzione intercomunale a titolo oneroso per il comune; SÌ NO
 - oppure non frequenta il/i nido/i d'infanzia (- comunale – intercomunale - in convenzione intercomunale a titolo oneroso per il comune) per la seguente motivazione:
 - (solo per i residenti fuori provincia) - l'accesso al nido d'infanzia è consentito ai soli residenti SÌ NO
 - è collocato/a nella/e graduatoria/e per la frequenza del nido d'infanzia in attesa dell'assegnazione del posto SÌ NO
 - il richiedente non ha potuto presentare istanza di assegnazione del posto per l'anno educativo di interesse per chiusura dei termini SÌ NO
 - per temporanea chiusura del nido d'infanzia a causa di festività o del calendario di apertura/chiusura dello stesso SÌ NO
 - gli orari del nido d'infanzia non sono conciliabili con gli orari di lavoro o di formazione/riqualificazione del richiedente per le circostanze sotto riportate: SÌ NO
- Nido/i territoriale/i di riferimento:**
Indicare per tutti i nidi comunali, intercomunali o in convenzione intercomunale a titolo oneroso la denominazione del nido e l'indicazione del Comune di ubicazione.
-
- Orari di apertura e chiusura del/i nido/i**
Specificare per ciascuno dei nidi sopra elencati gli orari di apertura e di chiusura comprensivi delle fasce di anticipo/posticipo, se previste.
-
- Anno educativo**
Indicare per quale anno educativo del nido si richiede il buono
-
- Orari di lavoro/formazione del richiedente**
Indicare l'orario di lavoro/formazione con l'articolazione di dettaglio. Nel caso di lavoratori turnisti inserire tutti i turni e, se possibile, fornire una stima della rotazione (es. a settimane alterne, a giorni alterni, mensile, ecc.).
-
- per continuità nell'utilizzo del servizio privato già finanziato con il buono di servizio, fino al termine dell'anno educativo in corso (ossia fino al 31 agosto); SÌ NO

- (SOLO IN CASO DI PROGETTI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO PER LA FASCIA A2) DI ESSERE DIPENDENTE O COLLABORATORE:

- dell'Azienda/Aziende promotrice/i del servizio di Asilo Nido Aziendale e di svolgere le proprie funzioni prevalentemente presso la sede operativa dell'Azienda promotrice su cui insiste l'Asilo Nido Aziendale, che è ubicato nell'area industriale e/o artigianale (area o zona classificata D "Insediamenti produttivi" dagli strumenti urbanistici provinciali e/o comunali) e/o produttiva ove l'Azienda promotrice ha una propria sede operativa

oppure

di un'Azienda con la quale l'Azienda/e promotrice/i del servizio di Asilo Nido Aziendale ha stipulato accordo/convenzione per permettere l'utilizzo del proprio Asilo Nido Aziendale e che l'Azienda convenzionata ha la sede operativa all'interno della medesima area industriale e/o artigianale e/o produttiva (area o zona classificata D "Insediamenti produttivi" dagli strumenti urbanistici provinciali e/o comunali) come definite nel Piano Regolatore Comunale del Comune ove insiste la sede dell'Asilo Nido Aziendale, oppure che l'Azienda convenzionata ha la sede operativa all'interno di un'area industriale e/o artigianale e/o produttiva ed è ubicata nel raggio di 2 km dalla sede dell'Asilo Nido Aziendale stesso;

- DI NON AVER NÉ CHIESTO NÉ OTTENUTO ALTRE SOVVENZIONI ECONOMICHE O AZIONI DI SUPPORTO DIRETTE E/O INDIRETTE EROGATE PER I MEDESIMI SERVIZI DA ALTRI ENTI PUBBLICI;
- CHE L'ALTRO GENITORE/SOGGETTO AFFIDATARIO DEL/I MINORE/I PER CUI SI RICHIEDE IL BUONO DI SERVIZIO, PRESENTE NEL NUCLEO FAMILIARE, NOME _____ COGNOME _____ CODICE FISCALE _____ È:
 - occupato
 - disoccupato inserito in un percorso di formazione/riqualificazione finalizzato alla ricerca attiva di occupazione
- QUALORA NON SI ALLEGHI COPIA DELLA DICHIARAZIONE I.C.E.F. ALLA PRESENTE DOMANDA, DI CONFERMARE LA DICHIARAZIONE I.C.E.F. RELATIVA ALLA RICHIESTA DI BUONO DI SERVIZIO PRESENTATA IN DATA CON MASSIMALE PER BUONO SINGOLO PARI A €;

- (SOLO IN CASO DI PROGETTI DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO PER LA FASCIA B) :

E' CONSAPEVOLE

- CHE I SERVIZI DETTAGLIATI NEI P.E.S. A FAVORE DI:

Nome, cognome e codice fiscale del fruitore

.....

sono richiesti per la seguente motivazione:

- impossibilità oggettiva di frequenza della scuola dell'infanzia o dell'istituzione scolastica (pubblica o convenzionata) per chiusura della stessa nel periodo di interesse; sì no
- impossibilità oggettiva di frequenza della scuola dell'infanzia o dell'istituzione scolastica (pubblica o convenzionata) per mancata assegnazione del posto nel periodo di interesse al di fuori dei giorni garantiti dai calendari annuali; sì no
- inconciliabilità di orario, in quanto gli orari di apertura della scuola dell'infanzia o dell'istituzione scolastica (pubblica o convenzionata), incluso il prolungamento d'orario - in termini di anticipo o posticipo - se ordinariamente previsto, non garantiscono le esigenze di conciliazione rispetto all'orario lavorativo o di formazione/riqualificazione del richiedente; sì no

AI FINI DELL'ASSEGNAZIONE DEL BUONO DI SERVIZIO

CHIEDE INOLTRE

- DI ESSERE CONSIDERATO APPARTENENTE A UN NUCLEO MONOPARENTALE ASSIMILATO (OSSIA NUCLEO CON ENTRAMBI I GENITORI FORMALMENTE PRESENTI NEL NUCLEO FAMILIARE DEL/I MINORE/I PER CUI SI RICHIEDE IL BUONO DI SERVIZIO, MA CON L'ALTRO GENITORE CHE PER GRAVI MOTIVI NON È PIÙ PRESENTE NEL NUCLEO OPPURE NON È IN GRADO DI SVOLGERE ALCUNA ATTIVITÀ LAVORATIVA), ALLEGANDO LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE: SÌ NO

- SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI SERVIZI DI FASCIA A O A1, CHE GLI ORARI DEL/I NIDO/I D'INFANZIA TERRITORIALE/I DI RIFERIMENTO PER IL MINORE SIANO RITENUTI INCONCILIABILI CON I PROPRI ORARI DI LAVORO O DI FORMAZIONE/RIQUALIFICAZIONE:

SÌ NO

SE SÌ INDICARE LA MOTIVAZIONE:

.....

- SOLO IN CASO DI RICHIESTA DI SERVIZI DI FASCIA A O A1, CHE SI TENGA CONTO CHE PER IL MINORE NON HA POTUTO PRESENTARE ISTANZA DI ASSEGNAZIONE DEL POSTO PER L'ANNO EDUCATIVO DI INTERESSE PER CHIUSURA DEI TERMINI PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE:

.....

COMUNICA

- (SOLO NEI CASI CHE RICHIEDONO AUTORIZZAZIONE) CHE È STATO AUTORIZZATO AL DEPOSITO DELLA DOMANDA DI BUONO DI SERVIZIO CON NOTA DELL' UMSE EUROPA, PROTOCOLLO N. DI DATA/...../.....;

- PER I RESIDENTI IN PROVINCIA DI TRENTO, SE IL DOMICILIO NON COINCIDE CON LA RESIDENZA:
 DI ESSERE DOMICILIATO NEL COMUNE DI (PROVINCIA)

Comune di residenza *CAP* *sigla*

VIA N.

- QUALORA DISOCCUPATO, DI ESSERE IN CERCA DI NUOVA OCCUPAZIONE DA:
 01 fino a 6 mesi (<=6)
 02 da 6 mesi a 12 mesi
 03 da 12 mesi e oltre (>12)
- QUALORA OCCUPATO O IN FASE DI ASSUNZIONE, DI STARE ATTUALMENTE PARTECIPANDO A PERCORSI DI STUDIO (ISTRUZIONE FORMALE) O DI FORMAZIONE (APPRENDIMENTO PERMANENTE, FORMAZIONE CONTINUA, FORMAZIONE PROFESSIONALE, ECC...):
 SÌ NO

- CHE IL MINORE NON FREQUENTA IL/I NIDO/I D'INFANZIA (COMUNALE - INTERCOMUNALE - IN CONVENZIONE INTERCOMUNALE A TITOLO ONEROSO PER IL COMUNE) PER MOTIVATE RAGIONI DI SALUTE O A SEGUITO DI PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA O DEI SERVIZI COMPETENTI, ALLEGANDO LA DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE TALE CONDIZIONE
 SÌ NO

- DI TROVARSI NELLA SEGUENTE SITUAZIONE ABITATIVA:

Senza dimora o colpito da esclusione abitativa

- Persona che vive in una delle seguenti quattro condizioni:*
1. *Senzatetto (persone che vivono dove capita e persone in alloggi di emergenza)*
 2. *Esclusione abitativa (persone che vivono in alloggi per i senzatetto, nei rifugi delle donne, in alloggi per gli immigrati, persone che sono state dimesse dagli istituti e persone che beneficiano di un sostegno di lungo periodo perché senzatetto)*
 3. *Alloggio insicuro (persone che vivono in situazioni di locazioni a rischio, sotto la minaccia di sfratto o di violenza)*
 4. *Abitazione inadeguata (persone che vivono in alloggi non idonei, abitazioni non convenzionali, ad esempio in roulotte senza un*

- Non rientrante nella situazione di cui sopra

E' ALTRESI' CONSAPEVOLE

- DI POTER USUFRUIRE DEI SERVIZI RICHIESTI NEI P.E.S. ALLEGATI ALLA PRESENTE DOMANDA DI BUONO DI SERVIZIO SOLO DOPO AVER UTILIZZATO IL 70% DEL VALORE DEL BUONO DI SERVIZIO PRECEDENTEMENTE ASSEGNATO,

ACCETTA

- CHE TUTTE LE COMUNICAZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE INERENTI AL PROCEDIMENTO DI ASSEGNAZIONE DEI BUONI DI SERVIZIO, COMPRESA L'EVENTUALE RICHIESTA DI INTEGRAZIONE DELLA DOMANDA E ALLA SUCCESSIVA FRUIZIONE DEI SERVIZI, AVVENGANO ESCLUSIVAMENTE CON MODALITÀ TELEMATICHE ATTRAVERSO L'INSERIMENTO DI TALI COMUNICAZIONI NELL'AREA PERSONALE RISERVATA ALL'INTERNO DEL SISTEMA INFORMATICO DOVE È STATA COMPILATA LA DOMANDA, ACCESSIBILE TRAMITE UTILIZZO DELLE CREDENZIALI SPID, ED È CONSAPEVOLE CHE L'EVENTUALE MANCATA RICEZIONE O PERDITA DI E-MAIL E/O IL MANCATO CONTROLLO DELLA PROPRIA AREA PERSONALE DEL SISTEMA INFORMATICO RICADE SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ E NON È IMPUTABILE ALL'AMMINISTRAZIONE O ALLA STRUTTURA MULTIFUNZIONALE TERRITORIALE AD PERSONAM. È RESPONSABILITÀ DEL RICHIEDENTE VERIFICARE CON LA DOVUTA FREQUENZA LA PROPRIA CASELLA DI POSTA ELETTRONICA E LA PROPRIA AREA PERSONALE DEL SISTEMA INFORMATICO.

E SI IMPEGNA

- A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE ALL'AMMINISTRAZIONE QUALSIASI VARIAZIONE INTERVENUTA PRIMA DELL'ATTRIBUZIONE DEL BUONO RELATIVAMENTE ALLA PROPRIA CONDIZIONE OCCUPAZIONALE, AL MONTE ORE SETTIMANALE DI LAVORO/FORMAZIONE E ALLA DICHIARAZIONE I.C.E.F.;
- A COLLABORARE CON L'AMMINISTRAZIONE COMPILANDO, DOPO LA CONCLUSIONE DEL PERIODO DI UTILIZZO DEL BUONO, GLI SPECIFICI QUESTIONARI ONLINE PREDISPOSTI PER CONSENTIRE LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL PROGRAMMA FSE+ 2021-2027 (CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA VALORIZZAZIONE DEGLI INDICATORI PREVISTI DAL REGOLAMENTO (UE) N. 2021/1057) SECONDO LE INDICAZIONI CHE LE SARANNO FORNITE DALL'AMMINISTRAZIONE TRAMITE COMUNICAZIONE ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA INDICATO NELLA PRESENTE DOMANDA;

DATA E ORA (INDICATI A STAMPA)

CODICE IDENTIFICATIVO DELLA DOMANDA (INDICATO A STAMPA)

IL RICHIEDENTE

Nome e Cognome del richiedente (indicati a stampa)

La domanda è sottoscritta dal/la richiedente tramite il sistema pubblico di identità digitale (SPID) di secondo livello

SI ALLEGA ALLA DOMANDA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- progetto/i di erogazione del servizio redatto/i con il/i soggetto/i presso cui si intende utilizzare il buono confermato/i dal richiedente;
- nei casi previsti, copia della dichiarazione I.C.E.F. per la politica dei buoni di servizio effettuata presso un CAAF o uno sportello provinciale di assistenza e informazione al pubblico;
- eventuale copia della documentazione relativa all'appartenenza a un nucleo monoparentale assimilato;
- eventuale copia del provvedimento del giudice tutelare, del Tribunale per i minorenni o del servizio competente per l'affidamento familiare;

- eventuale copia della documentazione relativa alla mancata frequenza da parte del/i minore/i del nido d'infanzia per motivate ragioni di salute o a seguito di provvedimento dell'autorità giudiziaria o dei servizi competenti;
- eventuale copia della documentazione attestante la disabilità, la difficoltà di apprendimento o la situazione di particolare disagio - nel caso di servizi richiesti a favore di minori con disabilità certificati ex lege n. 104/92 o con difficoltà di apprendimento o in situazioni di particolare disagio attestate da personale di competenza – riferita a:

minori con età fino ai 14 anni per i quali si chiede un costo maggiorato rispetto alla quota oraria massima riconoscibile per la fascia di età di appartenenza;

minori con età superiore ai 14 anni;

- eventuale copia della documentazione rilasciata dai Servizi Sociali competenti attestante che il nucleo familiare del richiedente è in condizione di particolare fragilità;
- eventuale altra documentazione (specificare)

Sezione contenente dati sensibili

Ai fini dell'adempimento degli obblighi di monitoraggio e valutazione stabiliti dal regolamento (UE) n. 2021/1057, l'Amministrazione è tenuta a richiedere ai destinatari degli interventi FSE+ 2021-2027 alcuni dati personali sensibili allo scopo di consentire alla Commissione europea di valutare il sostegno fornito dal Fondo sociale europeo plus nei confronti di alcune specifiche categorie di persone.

E' OBBLIGATORIO COMPILARE LA SEZIONE A) OPPURE LA SEZIONE B): se non si intendono fornire i dati previsti nella sezione A), è obbligatorio sottoscrivere la dichiarazione contenuta nella sezione B).

In ogni caso i dati raccolti sono resi pubblici solo in forma anonima e aggregata.

SEZIONE A)	
IL/LA RICHIEDENTE È:	
- PERSONA DISABILE <i>Persona riconosciuta come disabile secondo la normativa nazionale</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
- CITTADINO DI PAESE TERZO <i>Persona che non è cittadino dell'Unione, compresi gli apolidi e le persone con cittadinanza indeterminata</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
- PERSONA DI ORIGINE STRANIERA <i>Persona i cui genitori sono entrambi nati in un paese diverso dall'Italia</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
- APPARTENENTE A UNA MINORANZA <i>Persona che appartiene ad una minoranza linguistica, etnica, autoctona o nazionale, comprese le comunità emarginate come i Rom</i>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

OPPURE

SEZIONE B)

IL SOTTOSCRITTO

NON INTENDE FORNIRE ALL'AMMINISTRAZIONE I DATI SENSIBILI RICHIESTI NELLA SEZIONE A) DI CUI SOPRA.

Informazione e comunicazione

Si prega cortesemente di compilare il presente questionario

1. Di quali tra i seguenti argomenti ha sentito parlare?

	Sì	No
Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pilastro europeo dei diritti sociali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politica di coesione dell'Unione europea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fondo sociale europeo plus (FSE+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fondo europeo di sviluppo regionale (FESR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sapeva che l'intervento a cui chiede di partecipare è realizzato nell'ambito del Programma FSE+ 2021-2027 della Provincia autonoma di Trento, ed è finanziato dall'Unione europea – Fondo sociale europeo plus, dallo Stato italiano e dalla Provincia autonoma di Trento?

Sì No

3. Come valuta la qualità del sito dedicato al FSE+ in Trentino - www.provincia.tn.it/fse+ in termini di chiarezza e completezza delle informazioni?

Pessima Ottima Non so

① ② ③ ④ ⑤

4. Come valuta le attività di informazione e promozione in merito all'intervento a cui chiede di partecipare?

Pessima Ottima Non so

① ② ③ ④ ⑤

5. Nel caso si sia rivolto alla Struttura Multifunzionale Territoriale Ad Personam, come valuta la qualità delle informazioni e/o dei servizi ricevuti?

Pessima Ottima Non mi sono rivolto ad Ad Personam

① ② ③ ④ ⑤