

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO PUBBLICO EMESSO DALL'ASL MILANO 1 PER L'ANNO 2015
RELATIVO AI CONTRIBUTI REGIONALI DESTINATI AI GENITORI SEPARATI O DIVORZIATI AI SENSI
DELLA L.R. 18/2014 E D.G.R. N. X/3384 del 10/4/2015**

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

nato/a il ____/____/____ a _____

Codice fiscale _____

Indirizzo di residenza _____

Comune di residenza _____ (cap) _____

Indirizzo di domicilio (solo se diverso dalla residenza) _____

Telefono / cellulare _____

Indirizzo di posta elettronica (mail) _____
(leggibile)

CHIEDE

di potere partecipare all'avviso pubblico emesso dall'ASL Milano 1 per l'anno 2015 relativo ai contributi Regionali destinati ai genitori separati o divorziati con figlio/i minore/i o con figlio/i maggiorenni portatori di disabilità grave (*ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104 /1992*) ai sensi della D.G.R. n. X/3384 del 10/4/2015

DICHIARA

di **NON** avere ricevuto precedentemente il contributo Regionale destinato ai genitori separati o divorziati;

di provvedere ai doveri di cura e di mantenimento dei figli, come stabiliti in sede di separazione/divorzio;

di **NON** provvedere ai doveri di cura e di mantenimento dei figli, come stabiliti in sede di separazione/divorzio
(motivazioni) _____;

di **NON** essere stato condannato con sentenza passata in giudicato per reati contro la persona, tra cui gli atti persecutori di cui al decreto legge 23 febbraio 2009, n.11(*Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori*) convertito, con modificazioni dalla legge 23 aprile 2009, n. 38, nonché per i delitti di cui agli articoli 570 e 572 del codice penale;

O DI ESSERE GENITORE SEPARATO O DIVORZIATO CON FIGLIO/I MINORE/I O CON FIGLIO/I MAGGIORENNI PORTATORI DI DISABILITA' GRAVE (ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104 /1992) E DI RISPONDERE AI SOTTOELENCATI REQUISITI:

- separazione legale da non più di tre anni ed effettiva dalla data __ / __ / ____.
- genitori ancora privi di una sentenza di separazione definitiva che sono destinatari di provvedimenti, anche provvisori e urgenti, ex art. 708 codice di procedura civile da non più di tre anni.
- divorzio da non più di due anni ed effettivo dalla data __/__/____ e separazione effettiva dalla data __/__/____
- residenza da almeno 5 anni continuativi in Lombardia.
- attestazione ISEE inferiore o uguale a € 15.000,00 ai sensi del DPCM n. 159 del 5 dicembre 2013.
- in caso di attestazione ISEE superiore a € 15.000,00 con documentazione integrativa

DICHIARA INOLTRE

da compilare solo nel caso si verifichino le sotto elencate condizioni:

1) condizione abitativa con documentazione allegata:

- situazione di morosità incolpevole(affitto, mutuo) conseguente alla perdita del lavoro non volontaria;
- pagamento di affitti e mutui in corso – a seguito della perdita della disponibilità dell'abitazione familiare - per un ammontare di € _____ mensili.

2) condizione lavorativa con documentazione allegata:

- di essere disoccupato/a comprovato/a da dichiarazione del centro per l'impiego – attestazione rilasciata da non più di tre mesi;
- di avere frequentato percorsi formativi per la riqualificazione delle competenze lavorative a seguito della perdita di lavoro – attestazione rilasciata da non più di tre mesi;
- di essere inserito/a nelle liste di mobilità individuale o collettiva o in cassa integrazione guadagni ordinaria o straordinaria (con riduzione oraria superiore al 30%)

O DI IMPEGNARSI A:

- sottoscrivere il patto di corresponsabilità contenente il progetto personalizzato;
- collaborare alla realizzazione dello stesso, rispettandone le prescrizioni contenute;
- mantenere un rapporto continuativo, durante tutta la durata del progetto, con i referenti del consultorio;
- esercitare la propria funzione genitoriale educativa nei confronti dei figli rispettando gli impegni assunti in sede di separazione;
- produrre l'eventuale documentazione richiesta dalla ASL in fase di controllo;

nella consapevolezza che - ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 - in caso di non veridicità del contenuto della dichiarazione, il/la dichiarante decade automaticamente dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, così come perde il diritto al contributo in caso di mancato rispetto degli impegni assunti.

A TALE SCOPO ALLEGA:

- copia del provvedimento del Tribunale relativo alle condizioni di separazione e/o divorzio;
- attestazione ISEE ai sensi del DPCM n. 159 del 5 dicembre 2013;
- copia codice fiscale del/i figlio/i minore/i;
- copia codice fiscale del/i figlio/i maggiorenne/i portatore/i di disabilità grave e verbale di invalidità grave, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 104 /1992;
- documentazione relativa alla condizione abilitativa (morosità; spese per affitti e mutui);
- documentazione relativa alla condizione lavorativa (attestato di disoccupazione; frequenza di corso di formazione, attestato nelle liste di mobilità o in cassa integrazione);
- fotocopia non autenticata del documento di identità.

solo in caso di ISEE superiore a € 15.000

- attestato di disoccupazione;
- copia dell'eventuale lettera di licenziamento o cessazione di un contratto a tempo determinato di natura subordinata od assimilabile, di durata superiore ai sei mesi;
- attestazione dell'ammontare della quota di mutuo o di affitto per l'alloggio attribuito al genitore presso cui non dimorano i figli;
- attestazione di sospensione collettiva del lavoro o mobilità che coinvolga il dichiarante;
- attestazione di inserimento nelle liste di mobilità individuale o collettiva o in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o Straordinaria (con riduzione oraria superiore al 30%);
- ultime buste paga;
- attestazione dell'ammontare dell'assegno di mantenimento prescritto dal Tribunale;
- altra documentazione che dimostri il disagio economico _____

CHIEDE INOLTRE

di potere ricevere la comunicazione relativa alla graduatoria del presente avviso tramite

- il proprio indirizzo di posta elettronica (mail) _____
(leggibile)

oppure

- lettera raccomandata a mano da ritirare presso il Consultorio Familiare dove ha presentato la domanda.

Lo/la scrivente è a conoscenza che i dati sopra riportati saranno trattati, nel rispetto delle norme stabilite dal D.Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e comunque nell'ambito delle attività istituzionali dell'Ente, titolare del trattamento, congiuntamente a Regione Lombardia in riferimento al progetto di aiuto economico.

Data, _____ ora _____

Firma del/la richiedente



Regione
Lombardia

ASL Milano 1

PARTE RISERVATA AL CONSULTORIO FAMILIARE

Ricevuta la presente richiesta in data _____ ora _____

Consultorio Familiare _____

Operatore _____, il quale dichiara di avere verificato la sussistenza di tutti i requisiti di ammissibilità al presente avviso.

Firma dell'operatore e Timbro del Consultorio Familiare
