**ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

*Spett.le*

**Ordine dei Dottori Commercialisti**

**e degli Esperti Contabili di Cagliari**

Viale Trento, 94

09123 Cagliari

*info@commercialisticagliari.it*

La sottoscritta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data iscrizione all’Ordine dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili di Cagliari \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammessa a partecipare all’**AVVISO** **PER L’ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTI PER LA CONCILIAZIONE VITA-LAVORO – PROGETTO “WEL.CO.M.E WELFARE COMMERCIALISTE MISURE EFFICIENTI”** CUP E25E17000190009 **-** CLP 1001021821WC170009

A tal fine, la sottoscritta sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità di cui all’Art. 1 dell’Avviso per l’assegnazione di contributi per azioni di conciliazione, come di seguito riportati:

* Essere residente in Regione Sardegna
* Se cittadina non comunitaria, essere residente in Sardegna e in possesso di regolare permesso di soggiorno
* Avere un reddito ISEE in corso di validità non superiore a 30.000 euro
* Non svolgere alcuna attività di lavoro dipendente

**DICHIARA inoltre**

***(barrare le caselle che interessano)***

* di avere responsabilità di cura nei confronti di figlio/figlia con età fino a 15 anni, compresi i minori adottati o affidati conviventi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Età |
|  |  |  |
|  |  |  |

*(aggiungere righe se necessario)*

* di avere responsabilità di cura nei confronti di (*barrare la casella che interessa)*

 persona non autosufficiente anziana convivente

 persona non autosufficiente anziana non convivente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Grado di parentela |
|  |  |  |

*(aggiungere righe se necessario)*

* di avere responsabilità di cura nei confronti di (*barrare la casella che interessa)*

 persona disabile convivente  persona disabile non convivente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Grado di parentela |
|  |  |  |

*(aggiungere righe se necessario)*

* che la condizione di non autosufficienza della persona anziana/o della disabilità è attestata da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + - * di essere nucleo monogenitoriale ❒ non essere nucleo monogenitoriale

(*barrare la casella che interessa:*

* + - * che mi avvalgo nell’esercizio della professione di numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ collaboratori/collaboratrici strutturati/e

**DICHIARA inoltre**

* di essere a conoscenza che le spese sostenute sono ammissibili solo se sostenute a far data dal 15 dicembre 2018 ed entro il 14 dicembre 2019
* di non essere beneficiaria di altre forme di contributo a copertura della medesima spesa
* di aver avuto conoscenza dell’Avviso *“WELFARE E WORK LIFE BALANCE NELLA VITA QUOTIDIANA DELLE AZIENDE, DEI LAVORATORI E DELLE LORO FAMIGLIE” per la concessione di aiuti alle aziende e contributi agli Ordini professionali e alle Associazioni di rappresentanza dei liberi professionisti e dei lavoratori autonomi per la realizzazione di misure di welfare aziendale e di conciliazione. Linea C) – POR FSE 2014 - 2020 Asse I Occupazione – Azioni 8.2.1. e 8.2.4* e di accettare integralmente tutte le condizioni e gli obblighi previsti dall’Avviso.

La sottoscritta, pertanto, **CHIEDE** di usufruire del seguente contributo:

*(barrare* ***una sola*** *delle seguenti macrocategorie)*

* **Macrocategoria 1 - Voucher per l’acquisto dei seguenti servizi di conciliazione** *(barrare i servizi che interessano)* 
  + servizi di cura, educativi e di accompagnamento per figli fino a 15 anni
  + servizi di assistenza per anziani non autosufficienti
  + servizi di assistenza per persone disabili
  + accesso a spazi di co-working per l’esercizio della propria professione

Il contributo richiesto è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Macrocategoria 2 - Contributo per la sostituzione per esigenze di maternità e/o a fronte di necessità legate a responsabilità di cura (Bonus sostituzione)**

Il contributo richiesto è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ALLEGA a tal fine

* Copia di un documento d’identità in corso di validità
* Se cittadina non comunitaria, copia di un permesso di soggiorno in corso di validità
* Copia dell’attestazione ISEE in corso di validità
* Dichiarazione sostitutiva “Aiuti de minimis” ai sensi dell’Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (Allegato B)

**Luogo e data Firma della richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La sottoscritta dichiara di essere informata, ai sensi e per gli effetti di cui all’Art. 13 del D.Lgs, n. 196/2003 e s.m.i.e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e comunque per adempiere a specifici obblighi di legge. Presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa.

Autorizza l’Ordine dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili di Cagliari al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e s.m.i.e del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

**Firma della richiedente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**