

MODULO A**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DELL'INCENTIVO ECONOMICO PER L'ASSUNZIONE DI UN ASSISTENTE FAMILIARE ISCRITTO NELL'ELENCO SPECIALE DEL PROGETTO R.O.S.A.****1. TIPOLOGIA DI CONTRIBUTO PER CUI SI EFFETTUA LA RICHIESTA**

incentivo per assunzione di assistente familiare iscritto nell'elenco speciale del Progetto R.O.S.A.

2. SOGGETTO RICHIEDENTE

A Soggetto beneficiario¹

B Soggetto munito di delega²

Tutte le informazioni e i dati comunicati con il presente modulo di domanda si intendono rilasciati in regime di autocertificazione (artt. 75 e 76, DPR 445/2000)

3. DATI ANAGRAFICI SOGGETTO RICHIEDENTE

SE SOGGETTO BENEFICIARIO (lettera A punto 2)

Se la domanda di assegnazione dell' incentivo è compilata dal soggetto beneficiario

Nome Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita
mese

giorno anno

¹ Il soggetto beneficiario è il datore di lavoro, cioè il soggetto titolare del contratto di lavoro per l'assunzione dell'assistente familiare. Può essere anche il soggetto assistito.

² Il soggetto munito di delega può essere una persona fisica (parente, amico, persona di fiducia), un CAF che inoltra la domanda per accedere all'incentivo. Non è il datore di lavoro.

Luogo di residenza
Prov.

Via/CORSO/Strada
n. civ.

Luogo di domiciliazione se diverso dalla residenza sopra indicata:

(città)
Prov.

Via/CORSO/Strada
n. civ.

CODICE FISCALE

E-MAIL

PEC

Telefono (preferibile cellulare)

Se la domanda di assegnazione del contributo è compilata da soggetto munito di delega

Denominazione

Sede Prov.

Via/CORSO/Strada n. civ.

EMAIL

TELEFONO

RAPPRESENTANTE LEGALE

Nome Cognome

CODICE FISCALE

EMAIL

TELEFONO

Munito di delega sottoscritta dal soggetto beneficiario in data

Se la domanda di assegnazione del contributo è compilata da soggetto munito di delega (Altro)

Nome Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita mese giorno anno

Luogo di residenza Prov.

Via/CORSO/Strada n. civ.

Luogo di domiciliazione se diverso dalla residenza sopra indicata:

(città) Prov.

Via/CORSO/Strada n. civ.

CODICE FISCALE

E-MAIL

PEC

Telefono (preferibile cellulare)

Delega sottoscritta dal soggetto beneficiario in data

giorno

4. DATI RELATIVI ALL'ASSISTENTE FAMILIARE ASSUNTO

Nome Cognome

Sesso M F

Luogo di nascita Prov.

Data di nascita

Luogo di residenza Prov.

Via/CORSO/Strada n. civ.

Luogo di domiciliazione Prov.

Via/CORSO/Strada n. civ.

CODICE FISCALE

PEC

TELEFONO

4.1. DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

Data di inizio del rapporto di lavoro

giorno mes
anno

Livello

Mansione

N. ore di lavoro settimanali comp re

Retribuzione ora

Retribuzione lorda m

Codice INPS del rapporto

(*) Deve essere indicata, alternativamente, la retribuzione mensile o quella oraria concordata con l'assistente familiare.

5. Dati della persona assistita se diversa dal beneficiario

Nome
Cognome

Codice fiscal

Data di nascita ese
anno

Luogo di nascita (Città
Provincia

Sesso

M

F

6. DATI RELATIVI ALLA CONDIZIONE ECONOMICA COMPLESSIVA DEL BENEFICIARIO

Valore del reddito ISEE del beneficiario, in corso di validità al momento della presentazione della domanda.

tra 0 e 15.000,00 euro

Valore ISEE

tra 15.001,00 e 20.000,00 euro

Valore ISEE

tra 20.001,00 e 25.000,00 euro

Valore ISEE**7. Informazioni per l'attribuzione di un punteggio premiale
(Inserire i dati relativi ai contratti di lavoro domestico stipulati come da articolo n. 9 dell' avviso pubblico).**

Codice INPS contratto di lavoro c

Dal

Al

Codice INPS contratto di lavoro c

Dal

Al

Codice INPS contratto di lavoro c

Dal

Al

8. AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Informativa sulla privacy

 Accetto