

## ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Alla CONFPROFESSIONI SARDEGNA  
Via Bellini, 26  
09128 Cagliari

*sardegna@confprofessioni.eu*

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 \_\_\_\_\_  
Iscritta all'Ordine/Collegio professionale \_\_\_\_\_  
Anno di iscrizione all'Ordine/Collegio professionale \_\_\_\_\_  
Iscritta all'Associazione di rappresentanza \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammessa a partecipare all'AVVISO PER LA CONCESSIONE ALLE LIBERE PROFESSIONISTE DI CONTRIBUTI PER AZIONI DI CONCILIAZIONE - PROGETTO "CONCILIANDO. PROFESSIONISTE LIBERE DAL TEMPO"  
CUP E29D16002710009 – CLP 1001021821WC1700001

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 la concessione alle libere professioniste 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 relativo al 2017 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 / non essere nucleo monogenitoriale

## DICHIARA inoltre

- di essere a conoscenza che le spese sostenute sono ammissibili solo se sostenute a far data dal 01 agosto 2018 ed entro il 31 luglio 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 voler 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<sup>1</sup>
  - 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 € \_\_\_\_\_

La sottoscritta, qualora venga ammessa al contributo, si impegna a trasmettere alla Confprofessioni Sardegna, entro il termine indicato nell'art. 5 dell'Avviso:

- Copia dell'attestazione ISEE relativa ai redditi 2017
- Dichiarazione sostitutiva "Aiuti de minimis" ai sensi dell'Art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

**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

**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 la Confprofessioni Sardegna 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**

---