



1.000 GIORNI DI NOI

Interventi di supporto alla genitorialità nella cura di bambini e bambine nei primi tre anni di vita

DGR n. 115 del 12 febbraio 2024

Consorzio Provinciale Intesa CCa

(da usare per i progetti a valere sul PR FSE+ 2021-2027)

Dati intervento

Avviso (DGR)	DGR 115/2024
Codice locale progetto	
Titolo Intervento	
Localizzazione intervento	

Domanda di partecipazione

(rivolta a tutti i richiedenti. Compilare tutte le sezioni della domanda di partecipazione e, se di pertinenza dove richiesto, anche la sezione specifica TABELLA DATI MINORI)

Sezione dati anagrafici

1	COGNOME	
2	NOME	
3	GENERE	<input type="radio"/> FEMMINA; <input type="radio"/> MASCHIO; <input type="radio"/> nd
4	LUOGO DI NASCITA	
5	DATA DI NASCITA	
6	CODICE FISCALE	
7	CITTADINO UE	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
8	CITTADINANZA	
9	PROVENIENZA DA UN PAESE EXTRA UE* (da compilare se è stato risposto Sì alla domanda n. 7)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
10	PAESE DI PROVENIENZA EXTRA UE (da compilare se è stato risposto Sì alla domanda n. 9)	
11	È AFFETTO/A DA DISABILITÀ?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
12	APPARTIENE A UNA MINORANZA (COMPRESSE LE COMUNITÀ EMARGINATE, COME I ROM)?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
13	È SENZATETTO O COMUNQUE COLPITO/A DA ESCLUSIONE ABITATIVA?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
14	TIPOLOGIA DESTINATARIO:	<input type="radio"/> Componente nucleo familiare con minori <input type="radio"/> Componente nucleo familiare senza minori <input type="radio"/> Persona interessata a costituire un nucleo familiare <input type="radio"/> Operatore pubblico e privato coinvolto nell'attuazione degli

		interventi <input type="radio"/> Altre figure che hanno rapporti significativi con il minore e/o la famiglia
15	<u>DESIDERA CONFERIRE IL CODICE FISCALE DI UNO O PIU' MINORI?</u> (Se Sì, compilare: Sezione TABELLA DATI MINORI)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

*Per PROVENIENZA DA UN PAESE EXTRA UE si intendono:

- I cittadini degli stati membri UE che erano cittadini di un paese terzo e che sono diventati cittadini UE attraverso il processo di naturalizzazione in uno degli stati membri
- I cittadini UE provenienti da un contesto migratorio per discendenza da genitori giunti da un paese terzo

Sezione RESIDENZA E DOMICILIO

16	RESIDENZA ALL'ESTERO? (Se la risposta è NO rispondere alle successive domande. Se la risposta è Sì passare alla domanda n. 20 – STATO DELLA RESIDENZA ESTERA)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
17	INDIRIZZO RESIDENZA	
18	COMUNE RESIDENZA	
19	CAP RESIDENZA	
20	STATO DELLA RESIDENZA ESTERA (da compilare se è stato risposto Sì alla domanda 16)	
21	TELEFONO	
22	E-MAIL	
23	IL DOMICILIO È DIVERSO DALLA RESIDENZA? (Se la risposta è Sì rispondere anche alle domande successive, altrimenti passare alla sezione successiva)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
24	INDIRIZZO DOMICILIO	
25	COMUNE DOMICILIO	
26	CAP DOMICILIO	

Sezione TITOLI DI STUDIO

27	TITOLO DI STUDIO	<input type="radio"/> NESSUN TITOLO <input type="radio"/> LICENZA ELEMENTARE/ATTESTATO DI VALUTAZIONE FINALE <input type="radio"/> LICENZA MEDIA /AVVIAMENTO PROFESSIONALE <input type="radio"/> TITOLO DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO (SCOLASTICA o FORMAZIONE PROFESSIONALE) CHE NON PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ <input type="radio"/> DIPLOMA DI ISTRUZIONE SECONDARIA di II GRADO CHE PERMETTE L'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ <input type="radio"/> QUALIFICA PROFESSIONALE REGIONALE POST-DIPLOMA, CERTIFICATO DI SPECIALIZZAZIONE TECNICA SUPERIORE (IFTS) <input type="radio"/> DIPLOMA DI TECNICO SUPERIORE (ITS) <input type="radio"/> LAUREA DI I LIVELLO (triennale), DIPLOMA UNIVERSITARIO, DIPLOMA ACCADEMICO di I LIVELLO (AFAM) <input type="radio"/> LAUREA MAGISTRALE/SPECIALISTICA di II LIVELLO, DIPLOMA DI LAUREA DEL VECCHIO ORDINAMENTO (4-6 anni), DIPLOMA ACCADEMICO di II livello. <input type="radio"/> TITOLO DI DOTTORE DI RICERCA
28	A QUALE GRUPPO DISCIPLINARE APPARTIENE LA LAUREA O IL DIPLOMA UNIVERSITARIO? (Rispondere solo se alla domanda 25 è stata inserito un titolo di studio pari a Laurea di I Livello o superiore)	<input type="radio"/> GRUPPO SCIENTIFICO <input type="radio"/> GRUPPO CHIMICO FARMACEUTICO <input type="radio"/> GRUPPO GEO-BIOLOGICO <input type="radio"/> GRUPPO MEDICO <input type="radio"/> GRUPPO INGEGNERIA <input type="radio"/> GRUPPO ARCHITETTURA <input type="radio"/> GRUPPO AGRARIO

		<input type="radio"/> GRUPPO ECONOMICO-STATISTICA <input type="radio"/> GRUPPO POLITICO-SOCIALE <input type="radio"/> GRUPPO GIURIDICO <input type="radio"/> GRUPPO LETTERARIO <input type="radio"/> GRUPPO LINGUISTICO <input type="radio"/> GRUPPO INSEGNAMENTO <input type="radio"/> GRUPPO PSICOLOGICO <input type="radio"/> GRUPPO EDUCAZIONE FISICA <input type="radio"/> TITOLO DI STUDIO DIVERSO DA LAUREA O DIPLOMA UNIVERSITARIO
--	--	--

Sezione REQUISITI SPECIFICI RICHIESTI DALL'AVVISO DGR 115/2024

29	E' ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE	<input type="radio"/> SI (compila Sezione TABELLA MINORI dedicata) <input type="radio"/> NO
30	HA L'AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELL'ESERCENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE PER IL CONFERIMENTO DEI DATI DEL MINORE	<input type="radio"/> SI (compila Sezione TABELLA MINORI dedicata) <input type="radio"/> NO

Sezione TABELLA DATI MINORI

1	COGNOME	
2	NOME	
3	LUOGO DI NASCITA	
4	DATA DI NASCITA	
5	INDIRIZZO RESIDENZA	
6	CODICE FISCALE	
7	CONDIZIONE DI SVANTAGGIO	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

Il/la sottoscritto/a chiede di partecipare alle attività del progetto "Ge.N.I., Genitori e Nuovi Inizi" Linea 1 - progetto verticale dedicati allo sviluppo di azioni e interventi per il supporto alla genitorialità e alla cura dei minori della DGR 115/2024 1.000 GIORNI DI NOI. afferma di essere consapevole che i dati qui raccolti verranno caricati sul portale A39 <https://web1.regione.veneto.it/MonitoraggioAllieviWeb/> della Regione del Veneto, ente finanziatore del progetto, come previsto dalla DGR. caricamento obbligatorio ai fini della corretta esecuzione delle attività.

Luogo e data

_____, __/__/____

Firma del partecipante

Luogo e data

_____, __/__/____

Firma del Genitore o di
chi esercita la tutela del/dei minore/i
