

BANDO DI ASSEGNAZIONE – BUONO CONCILIAZIONE MAMME LAVORATRICI

Progetto WOMEN | CUP J81D22002100008

Assegnazione BUONO CONCILIAZIONE a supporto della genitorialità femminile

Premessa

Nell'ambito del progetto **"WOMEN – Welfare in OSA per Maternità e Natalità"**, finanziato dal Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con codice CUP **J81D22002100008**, è prevista un'azione di welfare aziendale volta a sostenere le lavoratrici madri della Cooperativa OSA, attraverso l'erogazione di un contributo economico, a titolo di **Buono conciliazione a rimborso dei costi sostenuti per le attività volte a beneficio dei figli delle mamme lavoratrici della Cooperativa OSA.**

Le attività rimborsabili si configurano nelle seguenti categorie:

- Servizio di baby-sitting
- Accompagnamento allo studio (pre/post scuola)
- Attività sportive
- Attività extra scolastiche

L'iniziativa è costituita da uno **sportello a esaurimento fondi** per un importo totale stanziato per gli anni 2025 e 2026 pari **ad Euro 20.000,00 (ventimila/00) complessivi**, erogato secondo una graduatoria stilata dal coordinamento del Progetto, in base alla data di presentazione delle domande in regola con i requisiti indicati. Per l'anno 2025 i fondi saranno pari a Euro 7.500,00 (settemilacinquecento/00), mentre per l'anno 2026 i fondi saranno pari a Euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00).

1. Finalità

Il presente Bando intende promuovere il benessere familiare, favorendo l'accesso ad attività per i figli delle lavoratrici della Cooperativa OSA, attraverso l'erogazione di un **buono di conciliazione del valore massimo di €400,00 (quattrocento euro)**, da destinare al **rimborso delle spese sostenute per le attività rivolte ai figli in età pediatrica (0-14 anni).**

2. Destinatari

Possono partecipare al presente Bando le lavoratrici che siano in possesso **congiuntamente** dei seguenti requisiti:

- essere **lavoratrice** della Cooperativa OSA **alla data del 18 marzo 2025 e alla data di presentazione della domanda;**
- essere **madri di figli in età pediatrica (0-14 anni)** alla data di presentazione della domanda;
- Essere in possesso di regolare fattura e/o attestazione di pagamento delle attività svolte in favore dei figli.

Le mamme lavoratrici potranno fare richiesta del Buono di Conciliazione per un solo anno.

Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori
Sanitari Associati soc. coop. - onlus

Sede Legale: Via Lucio Volumnio, 1- 00178 Roma
Tel. +39.06.710661 | Fax +39.06.71066440

PEC - osa@pcert.it
www.osa.coop | info@osa.coop
Codice Fiscale: 07056830586
Partita IVA 01675771008

Iscrizione R.I. Roma 07056830586

Iscrizione R.E.A. Roma 559459

Iscrizione Tribunale di Roma n. 8841/85

Iscrizione Albo Società Cooperative
n. A120393 Sezione: Cooperative
a mutualità prevalente di diritto

Albo Cooperative Sociali Regione Lazio
Decreto 319/97



3. Modalità e termini di presentazione della domanda

Scadenza

Le domande relative all'anno 2025 dovranno essere presentate corredate di tutta la documentazione necessaria **entro e non oltre il 31 dicembre 2025**; le domande relative all'anno 2026 dovranno essere presentate a decorrere dal **01 gennaio 2026 e fino al 31 dicembre 2026**.

Modalità

Le lavoratrici interessate dovranno inviare una **email unica** all'indirizzo:

 **women@osa.coop**

con oggetto: **DOMANDA BUONO CONCILIAZIONE 202_ – PROGETTO WOMEN**

Documentazione da allegare:

1. **Modulo di domanda – in allegato al presente regolamento - compilato e firmato;**
2. **Tessera sanitaria del/dei figlio/i** (scansione fronte-retro);
Ricevute di pagamento/fatture intestate alla lavoratrice o al minore, relative alle **spese** effettuate **nel periodo 1 gennaio 2025 – 31 dicembre 2025** (per l'anno 2025) e nel periodo **1 gennaio 2026 – 31 dicembre 2026** (per l'anno 2026)

4. Assegnazione del buono conciliazione

I Buoni saranno assegnati in ordine cronologico di ricezione delle domande complete, **fino ad esaurimento fondi**.

Alle assegnatarie del Buono di conciliazione arriverà una mail di conferma ed accoglimento della richiesta.

Il contributo sarà erogato a rimborso, direttamente sul cedolino paga della lavoratrice dipendente e tramite apposito bonifico bancario per la lavoratrice libero professionista, previa verifica della documentazione e dei requisiti.

5. Importo del voucher

Si sottolinea che l'importo massimo erogabile per ciascuna lavoratrice è di **€400,00** anche in presenza di più figli, e non potrà comunque essere superiore al valore della documentazione prodotta.

6. Controlli e decadenza

La Cooperativa OSA si riserva il diritto di effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

In caso di **dichiarazioni mendaci, documentazione incompleta o irregolare, o mancanza dei requisiti**, la lavoratrice decadrà dal beneficio e sarà tenuta alla **restituzione delle somme indebitamente percepite**.

7. Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente iniziativa.

8. Informazioni

Per ulteriori informazioni è possibile scrivere a:

 women@osa.coop

Il presente avviso è pubblicato in data 28 novembre 2025

Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori
Sanitari Associati soc. coop. - onlus

Sede Legale: Via Lucio Volumnio, 1- 00178 Roma
Tel. +39.06.710661 | Fax +39.06.71066440

PEC - osa@pcert.it
www.osa.coop | info@osa.coop
Codice Fiscale: 07056830586
Partita IVA 01675771008

Iscrizione R.I. Roma 07056830586

Iscrizione R.E.A. Roma 559459

Iscrizione Tribunale di Roma n. 8841/85

Iscrizione Albo Società Cooperative
n. A120393 Sezione: Cooperative
a mutualità prevalente di diritto

Albo Cooperative Sociali Regione Lazio
Decreto 319/97



Modulo di Domanda di Assegnazione Buono Conciliazione Mamme Lavoratrici dipendenti della Cooperativa OSA per l'anno 202_

Progetto WOMEN | CUP J81D22002100008

DATI ANAGRAFICI DELLA LAVORATRICE

- Nome: _____
- Cognome: _____
- Codice Fiscale: _____
- Data di inizio rapporto lavorativo presso Cooperativa OSA: _____

DATI DEI FIGLI PER I QUALI SI RICHIEDE IL BUONO (ETA' 0/14 ANNI)

Figlio/a 1

- Nome e Cognome: _____
- Codice Fiscale: _____
- Luogo di nascita: _____
- Data di nascita: _____

Figlio/a 2

- Nome e Cognome: _____
- Codice Fiscale: _____
- Luogo di nascita: _____
- Data di nascita: _____

Figlio/a 3

- Nome e Cognome: _____
- Codice Fiscale: _____
- Luogo di nascita: _____
- Data di nascita: _____

Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori
Sanitari Associati soc. coop. - onlus

Sede Legale: Via Lucio Volumnio, 1- 00178 Roma
Tel. +39.06.710661 | Fax +39.06.71066440

PEC - osa@pcert.it
www.osa.coop | info@osa.coop
Codice Fiscale: 07056830586
Partita IVA 01675771008

Iscrizione R.I. Roma 07056830586

Iscrizione R.E.A. Roma 559459

Iscrizione Tribunale di Roma n. 8841/85

Iscrizione Albo Società Cooperative
n. A120393 Sezione: Cooperative
a mutualità prevalente di diritto

Albo Cooperative Sociali Regione Lazio
Decreto 319/97



ATTIVITÀ PER LA QUALE SI RICHIEDE IL BUONO CONCILIAZIONE

- Descrizione dell'attività/servizio per il quale si richiede il buono (Servizio di baby-sitting, Accompagnamento allo studio, Attività sportive, Attività extra scolastiche): _____

DOCUMENTI ALLEGATI AL PRESENTE MODULO

- Codice fiscale di ogni figlio/a
- Ricevute di pagamento/fatture intestate alla lavoratrice o al minore relative alle spese effettuate per le attività svolte a beneficio dei figli 0-14 anni

DICHIARAZIONE DELLA LAVORATRICE

La sottoscritta dichiara di richiedere l'assegnazione del Buono Conciliazione nell'ambito del Progetto WOMEN | CUP J81D22002100008, consapevole delle responsabilità civili e penali in caso di dichiarazioni false o mendaci.

FIRMA

- Firma della lavoratrice: _____
- Data: _____