

**CONTRIBUTI PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO ASILO NIDO O MICRONIDO SUL
TERRITORIO
(OBIETTIVI DI SERVIZIO ASILI NIDO 2024)**

DOMANDA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) il ____/____/____

residente nel **Comune di VIZZOLO PREDABISSI** alla Via _____
Nr. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ in possesso di:

- ☐ Cittadinanza italiana o UE,
☐ permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo,
☐ carta di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell'UE (art. 10, decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30)
☐ carta di soggiorno permanente per i familiari non aventi cittadinanza UE (art. 17, d.lgs. 30/2007),
☐ status di rifugiato politico o di protezione sussidiaria

Tel. _____ (Cell.) _____

Mail _____ pec _____

(NB: si raccomanda di indicare mail alla quale, COME PREVISTO DALL'AVVISO, SARANNO INVIATE TUTTE LE COMUNICAZIONI, ivi comprese le eventuali richieste di integrazione documentale)

CHIEDE

Il riconoscimento del Contributo di cui in oggetto per le spese sostenute sotto dichiarate e dettagliate.

A TAL FINE DICHIARA

- 1) ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere:

FIGLIO n. 1:

DI ESSERE il GENITORE/TUTORE che ha sostenuto le spese, sotto riportate, per

_____ Nato a _____ il _____
residente a VIZZOLO PREDABISSI in Via _____ n. _____

SERVIZIO EDUCATIVO frequentato nell'anno 2024: denominazione _____ con
sede a _____ della tipologia (spuntare): ☐ nido ☐ micronido ☐ sezione primavera ☐ altro

PERIODO DI FREQUENZA dal ____/____/2024 al ____/____/2024

con una **retta mensile** pari ad € _____

☐ comprensiva di servizio mensa

☐ oltre al costo del **servizio mensa** pari ad € _____

DICHIARA, INOLTRE, (crociare una delle due opzioni):

☐ **di non essere beneficiario, a COPERTURA INTEGRALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, di altri contributi erogati dall'INPS o da altro Ente** (a titolo esemplificativo e non esaustivo: buoni servizio regionali, contributi e bonus INPS ecc.);

☐ **di essere beneficiario, a COPERTURA PARZIALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, dei seguenti contributi pubblici:**

○ buoni servizio regionali: importo concesso € _____

○ bonus INPS: contributo concesso € _____

○ altro (specificare) _____: contributo concesso € _____

2

_____, _____ firma leggibile del dichiarante _____