

CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE PER LE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2024 PER LE RETTE DI ASILI NIDO, MICRONIDO E DEGLI ALTRI SERVIZI EDUCATIVI DI CUI ALL'ART. 2, COMMA 3, DEL D. LGS. 65/2017 - (FSC – ANNO 2024)

MODELLO DI DOMANDA

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

residente nel **Comune di San Fiorano** residente tutto l'anno 2024 residente dal ____/____/2024

in 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 alle famiglie per le spese sostenute, nell'anno 2024, per le rette di asili nido, micronido e degli altri servizi educativi di cui all'art. 2, comma 3, del D. Lgs. 65/2017, muniti di apposita autorizzazione al funzionamento ai sensi del Regolamento Regionale n. 4/2077 e ss. mm. ii.. (FSC – anno 2024), di cui alle Deliberazioni della Giunta Comunale n. 83/2024 per le spese sotto dichiarate e dettagliate.

A TAL FINE DICHIARA,

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:

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

FIGLIO n. 1: _____ Nato a _____

il _____ residente a San Fiorano in Via _____ n. _____

Che il minore è in possesso di **certificazione di disabilità grave** certificata, (L.104/92 c.3) SI NO

SERVIZIO EDUCATIVO frequentato nell'anno 2024:

denominazione _____ con sede a _____

della tipologia (crociare): nido micronido sezione primavera altro _____

PERIODO DI FREQUENZA dal _____ al _____

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

comprensiva di servizio mensa

oltre al costo del **servizio mensa** pari ad € _____ (allegare ricevuta)

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 € _____

