Al Sindaco del

Comune di Borgio Verezzi

**DOMANDA EROGAZIONE DI CONTRIBUTO PER LE SPESE**

**SOSTENUTE DA FAMIGLIE RESIDENTI CON FIGLI IN ETA’**

**3-36 MESI PER IL SERVIZIO DI ASILO NIDO - ANNO 2024**

Il/La sottoscritto/a (*nome e cognome del padre o della madre del minore*)

.....................................................................................................................................................

Nato/a a .................................. (prov./ stato estero) ..................……..….. il ...................………

residente a .................................................................................................. (prov.) ....................

via ...................................................................……………………………….. n° ..........................

cod. fiscale ……………………………………………….. tel./cell. …………...................................

e-mail ……………………………………………………………………………………………………..

VISTO l’avviso pubblico del 20.12.2023 avente ad oggetto: “*Erogazione di contributi per le spese sostenute da famiglie residenti con figli 3-36 mesi per il servizio di asilo nido - anno 2024*” ed accettate tutte le relative clausole;

**PRESENTA DOMANDA**

per ottenere la concessione di un contributo economico a titolo di rimborso per le spese sostenute per il/la propria/o figlio/a per la fruizione dei servizi per la prima infanzia, come individuati all'art. 2 del Decreto Lgs. n. 65 del 13/04/2017, lungo l’anno **2024**.

A tal fine, reso edotto delle sanzioni penali previste dall’art.496 del codice penale in caso di dichiarazione mendace, sotto la sua personale responsabilità ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445

**DICHIARA:**

* di essere residente nel Comune di Borgio Verezzi e di avere, alla data odierna, un nucleo familiare così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Luogo e data di nascita** | **Relazione di parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

• di essere di cittadinanza italiana, oppure di uno Stato dell’Unione europea, oppure cittadino di uno Stato extracomunitario;

• di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità;

• di avere iscritto il/la proprio/a figlio/a:

*(cognome e nome)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in Borgio Verezzi

ad uno dei servizi pubblici o privati di micro nido/asilo nido e in subordine dei servizi educativi per la prima infanzia, ai sensi del D. lgs n. 65/2017, iscritti all’albo regionale ai sensi del D.P,R.S 16/05/2013 nell’anno 2024, come segue:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **periodo di frequenza****(da…. a.... anno 2024)** | **Asilo nido frequentato*****(denominazione della struttura pubblica o privata a pagamento)*** | **Quota versata alla struttura** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che sono a carico del nucleo familiare n……………… persone disabili ai sensi della L.104/1992;
* 🞎 di NON aver percepito, per lo stesso minore, altre forme di sostegno pubblico dell’onere economico della retta di frequenza del nido nell’anno 2024

*Oppure*

* 🞎 di aver percepito *(specificare importo ed ente concedente*) le seguenti altre forme di sostegno pubblico dell’onere economico della retta di frequenza del nido nell’anno 2024 (es: bonus nido INPS, voucher regionale, ecc.):

………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

**ALLEGA ALLA DOMANDA**

□ copia di tutti i giustificativi di spesa (ricevute, fatture, bonifici, ecc.) relativi al pagamento della/e retta/e relativa al servizio asilo nido - annualità 2024;

**Per i richiedenti cittadini di uno Stato Europeo o non aderente all’Unione europea:**

□ copia del permesso di soggiorno o carta di soggiorno;

□ attestazione ISEE in corso di validità

**CHIEDE**

Che il contributo, in caso di assegnazione, venga erogato con la seguente modalità:

□ ACCREDITO SU C/C POSTALE O BANCARIO INTESTATO A:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cod. IBAN :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

data ......……… firma..........…………………………....................................(\*)

***(\*) se la firma non è apposta in presenza dell’impiegato addetto, allegare fotocopia di un documento di identità.***