**Al Comune di LUNAMATRONA**

**Ufficio Servizio Sociale**

## OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MISURA ASILI NIDO ANNO 2024

(dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e nella consapevolezza delle sanzioni penali conseguenti a false dichiarazioni, di cui all’art.76 del citato DPR 445/2000)

Contributo per l'abbattimento dei costi sostenuti per la frequenza dei Nidi, Micronidi, Sezioni Primavera Pubblici o Privati, Servizi in contesto domiciliare anno 2024 di cui al decreto del Ministro dell'Interno, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, il Ministro dell'Istruzione e del merito, il Ministro per gli Affari Europei il Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR, il Ministro per la famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità del 18.01.2024, pubblicato nella G.U. Serie Generale n. 41 del 19.02.2024.

.

(dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e nella consapevolezza delle sanzioni penali conseguenti a false dichiarazioni, di cui all’art.76 del citato DPR 445/2000)

IL SOTTOSCRITTO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A IL

CODICE FISCALE

RESIDENTE A CAP

IN VIA/PIAZZA N° CIVICO

EMAIL di RIFERIMENTO \_ RECAPITO TELEFONICO

## IN QUALITA’ DI PADRE

LA SOTTOSCRITTA

NATA A IL

CODICE FISCALE

RESIDENTE A CAP

IN VIA/PIAZZA N° CIVICO

EMAIL di RIFERIMENTO \_ RECAPITO TELEFONICO

## IN QUALITA’ DI MADRE

DEL/LA MINORE

NOME

COGNOME

CF DEL MINORE

NATO/A A IL

RESIDENTE A

IN VIA/PIAZZA CAP

FREQUENTANTE IL SEGUENTE SERVIZIO PER LA PRIMA INFANZIA:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA:

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA NUMERO CIVICO

CAP COMUNE

TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail/o pec.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDONO L’AMMISSIONE AI BENEFICI DELLA MISURA ASILI NIDO ANNO 2024**

# A TAL FINE DICHIARANO

* Che essendo l’unico/a richiedente ha effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale;
* Che il proprio nucleo familiare è composto da uno o più figli fiscalmente a carico di età compresa tra tre mesi - tre anni (due anni e 365 giorni), anche in adozione o affido:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N.****progr.** | **Cognome e nome** | **Data di nascita** | **Età** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Che l’indicatore della situazione economica equivalente ISEE **per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare** in corso di validità è pari ad € \_\_\_\_\_\_\_;
* Vista che l’Attestazione ISEE è stata rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con il protocollo ;
* di aver presentato la domanda del **BONUS NIDI INPS** (di cui all’art. 1, comma 355, legge 11 dicembre 2016, n° 232) dalle cui risultanze è rilevabile l’effettiva idoneità e l’ammontare del Bonus suddetto;
* di aver presentato domanda per BONUS NIDI GRATIS ( bando regionale – presso il comune sede del nido etc.)
* che LE RETTE DEL SERVIZIO PRIMA INFANZIA VERSATE E LE QUOTE BONUS INPS RICEVUTE e le QUOTE BONUS NIDI GRATIS RICEVUTE sono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Mese** | **Pagamenti rette nido effettuati** | **Importi rimborsati dall’INPS quali Bonus Asilo Nido** | **Importi rimborsati/ riconosciuti dal Comune Bonus Nidi gratis** |
| Iscrizione A.E. 2024/2025 |  |  |  |
| Gennaio 2024 |  |  |  |
| Febbraio 2024 |  |  |  |
| Marzo 2024 |  |  |  |
| Aprile 2024 |  |  |  |
| Maggio 2024 |  |  |  |
| Giugno 2024 |  |  |  |
| Luglio 2024 |  |  |  |
| Agosto 2024 |  |  |  |
| Settembre 2024 |  |  |  |
| Ottobre 2024 |  |  |  |
| Novembre 2024 |  |  |  |
| Dicembre 2024 |  |  |  |

* Di aver preso visione dell’informativa, di accettare integralmente la stessa e di dare il proprio consenso sull’utilizzo dei dati personali, ai sensi dell’art. 13 del GDPR 2016/679, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
* che è consapevole della facoltà che l’Amministrazione ha di compiere verifiche, anche a campione sulla veridicità delle autocertificazioni presentate (art. 71, comma 1, DPR 445/2000).

I sottoscritti o Il/la sottoscritto/a chiedono/chiede che **il PAGAMENTO della somma** eventualmente **spettante** sia effettuato tramite **ACCREDITO sul** **conto corrente bancario/postale o carta ricaricabile con IBAN**, di seguito indicato

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

Allegano**:**

* fotocopia documento d’identità di entrambi i richiedenti;
* fotocopia ISEE in corso di validità;
* ricevute di pagamento delle rette e disposizioni INPS;
* copia fotostatica del Codice IBAN del conto o carta prepagata dotata di IBAN prescelto per l’accredito della somma eventualmente spettante. **La fotocopia del Codice IBAN dovrà contenere anche i dati dell’intestatario, che dovrà coincidere con almeno un richiedente**.

Data e Luogo

Firma dei richiedenti:

**DA PRESENTARE ENTRO LE ORE 13:00 DEL 4/12/2024**