

**Al Servizio Sociale
Masullas**

OGGETTO	DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MISURA ASILI NIDO ANNO 2024 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 dell' 11.04.2024 del Presidente del Consiglio dei ministri.
----------------	--

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____
residente a _____ in via/vico/piazza _____ n. ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico _____ cellulare _____
e-mail _____

IN QUALITA' DI PADRE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____
residente a _____ in via/vico/piazza _____ n. ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico _____ cellulare _____
e-mail _____

IN QUALITA' DI MADRE

Del/la minore

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

residente a _____ in via/vico/piazza _____ n. ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

(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)

- ☐ 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 affidò:

<u>N. progr.</u>	<u>Cognome e nome</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Età</u>

☐ Che l'indicatore della situazione economica equivalente ISEE **per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare** in corso di validità è pari ad € _____;

☐ 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** (di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 24/28 del 10.07.2024)
- ☐ 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 2023			
Ottobre 2023			
Novembre 2023			
Dicembre 2023			

- 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

[illegible]

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.**

Masullas , _____

Firma dei richiedenti: _____

DA PRESENTARE ENTRO IL 30/12/2024