Al Comune di Sant’Angelo Lodigiano

Servizio alla Persona

Piazza Mons.De Marino 10

Sant’Angelo Lodigiano

protocollo@comune.santangelolodigiano.lo.it

# Oggetto: Richiesta di un contributo economico forfettario per il potenziamento del Servizio Asilo Nido Micro Nido e Sezioni primavera a favore delle famiglie – anno 2024

#

Il sottoscritto , ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 45, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, **dichiara** sotto la sua responsabilità:

# Generalità del genitore o della persona che esercita la potestà genitoriale

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |
| COGNOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  | CELL |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IBAN intestato al richiedente  |
| IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Generalità del minore**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |
| COGNOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |  |
| CODICE FISCALE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# Residenza anagrafica del nucleo familiare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VIA/PIAZZA |  | N.CIVICO |  |
| COMUNE  | SANT’ANGELO LODIGIANO  | provincia | LODI  |
| NUMERO DI TELEFONO  |  |
| NUMERO COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE |  |  |

**CHIEDE**

che per il minore sia concesso un contributo economico forfettario per fruire del servizio di asilo nido o micronido sul territorio comunale o nei comuni limitrofi

**DICHIARA**

Che il/la proprio/a figlio/a minore come sopra generalizzato/a:

* È iscritto e frequenta:

|  |  |
| --- | --- |
| DENOMINAZIONE DELL’ASILO NIDO O MICRONIDO o SEZIONE PRIMAVERA |  |
| PUBBLICO □PRIVATO □ |  |
| VIA/PIAZZA |  | N. CIVICO |  |
| COMUNE |  | PROVINCIA |  |

* È /NON è affetto da disabilità certificata (l.104/1992)
* le mensilità sotto indicate corrispondono alle regolari ricevute delle spese sostenute nell’anno 2024, di cui si precisa i bonus percepiti:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MENSILITA’ (anno 2024)  | IMPORTO DEL SERVIZIO SOSTENUTO | BONUS INPS (non necessario per sezioni primavera)  | BONUS NIDI GRATIS (non necessario per sezioni primavera) | IMPORTO DA RIMBORSARE |
| GENNAIO |  |  |  |  |
| FEBBRAIO |  |  |  |  |
| MARZO |  |  |  |  |
| APRILE  |  |  |  |  |
| MAGGIO  |  |  |  |  |
| GIUGNO  |  |  |  |  |
| LUGLIO  |  |  |  |  |
| AGOSTO  |  |  |  |  |
| SETTEMBRE  |  |  |  |  |
| OTTOBRE  |  |  |  |  |
| NOVEMBRE\* |  |  |  |  |
| DICEMBRE\* |  |  |  |  |
|  |  |  | Totale  |  |

\*indicare l’importo presunto sulla base dello storico dei costi sostenuti per le altre mensilità (le copie delle ricevute dovranno essere inoltrate all’Ente non appena ottenute e non oltre il 31.1.2024)

**DICHIARA INOLTRE**

* Di aver preso visione integrale e di aver compreso l’Avviso pubblico per la concessione di un contributo economico fortettario per il potenziamento del Servizio Asilo Nido, Micro Nido e Sezioni Primavera a favore delle famiglie per l’anno 2024;
* Di essere consapevole che l’Amministrazione Comunale procederà ad idonei controlli, anche a campione, diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazione rilasciate, consegnando se richieste le ricevute di pagamento effettuate nell’anno 2024;
* Di comunicare ogni eventuale variazione delle condizioni di ammissibilità, comprese quelle previste nell’Avviso pubblico per la decadenza dall’erogazione del contributo e di essere consapevole per tale ipotesi di dover restituire al Comune il contributo mensile percepito.

**ALLEGA**

* Copia di un documento di riconoscimento del richiedente;
* Copia di regolare titolo di soggiorno (solo per cittadini stranieri)
* Attestazione ISEE (standard o per minorenni) in corso di validità
* Copia della certificazione di disabilità (l.104/1992)
* Fotocopia codice IBAN

Data IL RICHIEDENTE

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di aver preso visione dell’informativa ai sensi dell’art.13, Regolamento UE n.2016/679 (“GRDP”), circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richieste e, in particolare, che i dati saranno trattati, anche mediante sistemi informatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell’Ente per le quali la presente richiesta viene resa ed in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 □ presta il consenso □ non presta il consenso

al trattamento dei dati personali di cui all’informativa privacy ove richiesto il consenso del soggetto interessato.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_