

CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE PER LE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2024 PER LE RETTE DI ASILI NIDO, MICRONIDO E DEGLI ALTRI SERVIZI EDUCATIVI DI CUI AL DECRETO 18/01/2024 - (FSC – ANNO 2024)

MODELLO DI DOMANDA

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

residente nel **Comune di Carmiano** alla 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 al DECRETO 18/01/2024 (FSC – ANNO 2024), muniti di apposita autorizzazione al funzionamento ai sensi del Regolamento Regionale n. 4/2077 e ss. mm. ii., di cui alla Deliberazione della Giunta Comunale n. 198/2024 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 Carmiano 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 € _____

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 € _____

AUTOCERTIFICAZIONE (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

da compilare qualora l'interessato intenda avvalersene
per il verbale attestante riconoscimento disabilità del minore grave certificata, L.104/92 c.3

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____) il ____/____/19____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, con la sottoscrizione della presente

DICHIARA

in sostituzione delle normali certificazioni, i seguenti stati, qualità personali e fatti, ai sensi dell'art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445

che, il figlio (cognome e nome) _____ nato a _____ il _____ è in possesso di

verbale attestante riconoscimento disabilità del minore grave certificata, L.104/92 c.3

- rilasciato dall'ASL di _____ in data _____

- valido sino al _____

ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL DICHIARANTE

Carmiano, lì _____

firma leggibile del dichiarante

(si ricorda che la mancata apposizione della firma è motivo di esclusione)

