

Oggetto: Domanda di contributo per l'abbattimento della retta di frequenza degli asili nido o servizi integrativi rivolti alla prima infanzia relativa all'anno educativo 2017/2018.

La/il sottoscritta/o _____
residente a Moimacco in via/piazza _____
tel. _____ cell _____
e-mail _____

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dal Regolamento approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 43 del 28.12.2017, la concessione del beneficio per l'abbattimento delle rette per la frequenza all'asilo nido o al servizio integrativo rivolto alla prima infanzia del/la figlio/a (*cognome e nome*)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28 dicembre 2000, per le finalità e gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- a) di essere genitore o affidatario del/la bambino/a: (*cognome e nome*) _____
_____ nato/a a _____ prov. ___ il _____
- b) che il/la bambino/a non aveva i requisiti per l'accesso alla Scuola Materna durante la frequenza dell'asilo nido o al servizio integrativo rivolto alla prima infanzia per il quale viene richiesto il beneficio per l'abbattimento delle rette per l'accesso al nido d'infanzia;
- c) di essere residente nel Comune di Moimacco, unitamente al minore, il quale risulta appartenere al proprio nucleo familiare;
- d) di non aver usufruito gratuitamente del servizio di nido d'infanzia a qualsiasi titolo;
- e) che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare di cui fa parte il/la bambino/a per il quale è richiesto il succitato beneficio è pari a € _____;
- f) di aver già versato al servizio di asilo nido o al servizio integrativo rivolto alla prima infanzia (*denominazione*) _____ di (*città*) _____ per l'anno educativo 2017/2018 (dal 1° settembre 2017 al 31 agosto 2018) rette per un importo complessivo di € _____;
- g) di: (barrare la voce che interessa)

1. **non aver beneficiato**, a parziale rimborso delle spese indicate al punto f), di altri contributi o agevolazioni (anche fiscali);

2. **aver beneficiato**, a parziale rimborso delle spese indicate al punto f), di altri contributi o agevolazioni (anche fiscali) per un importo totale di € _____ e che pertanto la spesa

rimasta effettivamente a proprio carico è pari ad € _____ (corrispondente alla sottrazione tra le rette versate e i contributi ricevuti);

3. di essere in **attesa di ricevere altri contributi** o agevolazione (anche fiscali) a parziale rimborso delle spese indicate al punto f), di cui si impegna a dare comunicazione quanto prima, consapevole che la concessione del presente abbattimento potrà avvenire solo a seguito di tale comunicazione.

h) che le caratteristiche del nucleo familiare sono le seguenti (barrare a destra la casella di riferimento):

Bambino diversamente abile , Legge 104/94 debitamente documentate dai competenti organi sanitari territoriali (<i>allegare documentazione</i>)	
Nucleo parentale incompleto : decesso, stato di detenzione, emigrazione all'estero di un genitore	
Genitori separati legalmente o divorziati per i quali risulti l'affidamento del bambino ad un solo genitore (documentazione da allegare: sentenza del Tribunale n° _____ del _____ sentenza di separazione n° _____ del _____)	
Nucleo familiare in via di dissociazione debitamente documentato: istanza di separazione già depositata, non coniugati separati di fatto per i quali risulti l'affidamento del bambino ad un solo genitore	
Presenza di altri bambini da 0 a 3 anni nel nucleo familiare non frequentanti servizi scolastici durante l'intero periodo per il quale si richiede il contributo (<i>allegare carta d'identità</i>)	
Madre in gravidanza durante il periodo per il quale si richiede il contributo (<i>allegare opportuno certificato medico</i>)	

i) che la rete parentale è la seguente (barrare a destra la casella di riferimento):

	NONNO PATERNO	NONNA PATERNA
Deceduto/a		
Invalido/a superiore al 75% (1)		
Con età pari o superiore a 75 compiuti durante il periodo per il quale si richiede il contributo		
residenti ad una distanza maggiore di 15 km dall'abitazione del bambino o all'estero (indicare di seguito il Comune/località:)		
Lavoratore con orario superiore a 30 ore settimanali		

	NONNO MATERNO	NONNA MATERNA
Deceduto/a		
Invalido/a superiore al 75% (1)		
Con età pari o superiore a 75 compiuti durante il periodo per il quale si richiede il contributo		
residente ad una distanza maggiore di 15 km dall'abitazione del bambino o all'estero (indicare di seguito il Comune/località:)		
Lavoratore con orario superiore a 30 ore settimanali		

(1) L'autocertificazione deve essere convalidata da certificazione del medico curante attestante la disabilità – invalidità.

