



# COMUNE DI SINISCOLA

PROVINCIA DI NUORO

Ufficio Servizi Sociali Tel 0784/870864 – 0784/870861 – 0784/870856

e-mail: [servizisociali@comune.siniscola.nu.it](mailto:servizisociali@comune.siniscola.nu.it)

Al Comune di Siniscola  
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: domanda per l'accesso ai contributi per l'abbattimento della retta per la frequenza in nidi e micro nidi pubblici o privati acquistati in convenzione dai Comuni (misura "Nidi gratis" ai sensi dell'art.4 c.8 della L.R. 20/2019).**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e mail \_\_\_\_\_ posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

Familiare di riferimento (Specificare il grado) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**Di accedere al contributo "Bonus Nidi Gratis",**

A tal fine, consapevole della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445,

## DICHIARA CHE

- I/II/la figli/o/a minore per il quale si chiede il contributo è:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

- Il Servizio per l'infanzia frequentato o per il quale risulta in graduatoria per i posti disponibili **(periodo di riferimento 1/1/2020-31/12/2020)** è il seguente: *(indicare Denominazione e sede)* \_\_\_\_\_;

Tipologia del Servizio:

- Nido
- Micro-nido
- Nido Aziendale
- Centro estivo 0-3 anni

Servizio

- Pubblico
- Privato acquistato in convenzione dal Comune
- L'importo della retta mensile pagata o stabilita è pari ad Euro: *(Indicare la cifra in numeri e lettere)* \_\_\_\_\_;
- Il numero di mensilità per le quali si chiede il contributo è il seguente: *(Indicare in numeri e lettere)* \_\_\_\_\_;
- il nucleo familiare è composto da almeno uno o più figli fiscalmente a carico, di età compresa tra zero e tre anni ( due anni e 365 giorni), anche in adozione e affidato. In particolare il nucleo familiare è composto:

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Parentela
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

○ Di aver presentato, con esito positivo, la domanda per il Bonus asili nido (di cui all'articolo 1, comma 355, legge 11 Dicembre 2016. N.232);

- L'ammontare del Bonus asili nido" INPS percepito è pari ad €: *(Indicare la cifra in numeri e lettere)* \_\_\_\_\_ mensili;
- Il n. di mensilità di Bonus asili nido concesse dall'INPS sono pari a (periodo di riferimento 1/1/2020-31/12/2020): \_\_\_\_\_;
- Il codice IBAN per l'erogazione del contributo è il seguente *(Il conto corrente deve essere intestato alla persona richiedente)*:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Alla presente allega:**

- Copia di un documento d'identità del richiedente, in corso di validità;
- Documento ISEE in corso di validità presentato all'Inps, calcolato ai sensi dell'articolo 7 del D.P.C.M. n. 159/2013, per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare.

**INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 16/679 "GDPR"**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n.679 del 2016, la informiamo che il trattamento dei dati personali, anche particolari, forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. L'eventuale rifiuto di conferire i dati o di prestare il consenso al trattamento comporta l'impossibilità di erogare il servizio.

Siniscola, \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_