



**COMUNE di PUTIFIGARI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Tel. 079/90.50.23 Fax 079/90.50.10

Mail comune.putifigari@tiscali.it Pec: protocollo.putifigari@legalmail.it

**Al Responsabile dei Servizi Sociali
Del Comune di Putifigari
- SERVIZI SOCIALI -
P.zza Boyl
07040 Putifigari**

**MODULO DI DOMANDA
(SCADENZA: ORE 12:00 DEL 31/07/2021)**

Per "BONUS NIDI GRATIS"

Interventi per sostenere l'accesso ai servizi per la prima infanzia tramite l'abbattimento della retta per la frequenza in nidi e micronidi pubblici o privati acquistati in convenzione dal Comune di Putifigari nel periodo compreso tra il 01.01.2022 e il 31.12.2022 per un massimo di 11 mesi.

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____
tel. _____ cell. _____
indirizzo e mail _____
posta elettronica certificata (PEC) _____

In qualità di genitore del/i seguente/i minore/i, **di età compresa tra 0 a 3 anni (2 anni e 365 giorni):**

Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____

regolarmente iscritta/o presso (*indicare il nome del Servizio usufruito*):

Nido del Comune di _____ Micronido del Comune di _____

CHIEDE

1) di poter beneficiare del "Bonus Nidi gratis" (L. R. n. 20/2019 art. 4, comma 8, lettera a)

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

(barrare le voci che interessano)

2) che nel proprio nucleo familiare risultano fiscalmente a carico n° _____ figli (anche adozioni e affidi) di età compresa tra 0 e 3 anni di età compresa tra 0 a 3 anni (2 anni e 365 giorni);

3) che il nucleo familiare è così composto:

N°	Cognome	Nome	Data di Nascita	Luogo	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

4) Che la/il propria/o figlia/o:

HA FREQUENTATO

A) Il Nido d'Infanzia del **Comune di Putifigari**, gestito dalla Cooperativa **Pintadera Società Cooperativa A.R.L.**, con sede in via Mandras, n°13 Pozzomaggiore

E

B) Il Nido d'Infanzia del **Comune di Putifigari**, gestito dalla Cooperativa

per l'anno educativo **2021-2022** (periodo di riferimento 1/1/2022-31/12/2022) è il seguente:
(indicare Denominazione e sede) _____;

TIPOLOGIA DEL SERVIZIO:

- Nido
- Micro-nido

SERVIZIO

- Pubblico
- Privato acquistato in convenzione dal Comune
- Di aver versato regolarmente le quote di contribuzione per il servizio di cui sopra**
- 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: _____;

(N.B.: Sono rimborsabili i costi dei servizi riferiti al periodo compreso tra il 1.01.2022 e il 31.12.2022 per un massimo di 11 mensilità).

di aver versato e/o di dovere versare le seguenti rette mensili **(SI/NO)**:

Gennaio 2022 € _____; Febbraio 2022 € _____; Marzo 2022 € _____; Aprile 2022 € _____;
Maggio 2022 € _____; Giugno 2022 € _____

Il numero di mensilità per le quali si chiede il contributo è il seguente: _____;

(N.B.: Sono rimborsabili i costi dei servizi riferiti al periodo compreso tra il 1.1.2022 e il 31.12.2022 per un massimo di 11 mensilità).

5) che il proprio **ISEE in corso di validità**, presentato all'INPS e calcolato ai sensi dell'articolo 7 del D.P.C.M. n. 159/2013 è pari ad € _____;

