



COMUNE DI POMPU

Provincia di Oristano

Piazza Cavour n° 1 – 09093 POMPU (OR) C.F./P. IVA 00074160953

Telefono 0783/999111 - Fax 0783/990035 –

Pec: comune.pompu@legalmail.it

All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Pompu

OGGETTO	DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MISURA ASILI NIDO ANNO 2024 Contributo per l'abbattimento dei costi sostenuti per la frequenza di Nidi, Micronidi, Sezioni Primavera Pubblici o Privati, Servizi in contesto domiciliare anno 2024 di cui al decreto dell' 11.04.2024 del Presidente del Consiglio dei Ministri.
----------------	---

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

residente a _____ in via/vico/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

IN QUALITA' DI PADRE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

residente a _____ in via/vico/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

IN QUALITA' DI MADRE

Del/la minore

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____
residente a _____ in via/vico/piazza _____ n. ____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Frequentante il seguente servizio per la prima infanzia:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA: _____

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA _____ NUMERO CIVICO _____

CAP _____ COMUNE _____

TEL. _____ Mail/o pec.: _____

CHIEDONO L'AMMISSIONE AI BENEFICI DELLA MISURA ASILI NIDO ANNO 2024

A TAL FINE DICHIARANO

(dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n. 445 e nella consapevolezza delle sanzioni penali conseguenti a false dichiarazioni, di cui all'art. 76 del citato DPR 445/2000)

- ☐ Che essendo l'unico/a richiedente ha effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale;
- ☐ Che il proprio nucleo familiare è composto da uno o più figli fiscalmente a carico di età compresa tra tre mesi - tre anni (due anni e 365 giorni), anche in adozione o affido:

<u>N. progr.</u>	<u>Cognome e nome</u>	<u>Data di nascita</u>	<u>Età</u>

- ☐ Che l'indicatore della situazione economica equivalente ISEE **per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare** in corso di validità è pari ad € _____;

☐ Che l'Attestazione ISEE è stata rilasciata in data _____ con il protocollo _____;

☐ di aver presentato la domanda del **BONUS NIDI INPS** (di cui all'art. 1, comma 355, legge dicembre 2016, n° 232) dalle cui risultanze è rilevabile l'effettiva idoneità e l'ammontare del Bonus suddetto;

☐ di aver presentato domanda per BONUS NIDI GRATIS (di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 24/28 del 10.07.2024)

☐ che le rette del servizio prima infanzia versate e le quote bonus INPS ricevute e le quote bonus nidi gratis ricevute sono:

Mese	Pagamenti rette nido effettuati	Importi rimborsati dall'INPS quali Bonus Asilo Nido	Importi rimborsati/ riconosciuti dal Comune Bonus Nidi gratis
Iscrizione 2024/2025			
Gennaio 2024			
Febbraio 2024			
Marzo 2024			
Aprile 2024			
Maggio 2024			
Giugno 2024			
Luglio 2024			
Agosto 2024			
Settembre 2024			
Ottobre 2024			
Novembre 2024			
Dicembre 2024			

☐ Di aver preso visione dell'informativa, di accettare integralmente la stessa e di dare il proprio consenso sull'utilizzo dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

☐ che è consapevole della facoltà che l'Amministrazione ha di compiere verifiche, anche a campione sulla veridicità delle autocertificazioni presentate (art. 71, comma 1, DPR 445/2000).

I sottoscritti o Il/la sottoscritto/a chiedono/chiede che il **PAGAMENTO** della somma eventualmente **spettante** sia effettuato tramite **ACCREDITO** sul **conto corrente bancario/postale o carta ricaricabile con IBAN**, di seguito indicato:

[illegible]

Allegano:

- ☐ fotocopia documento d'identità di entrambi i richiedenti;
- ☐ fotocopia ISEE in corso di validità;
- ☐ ricevute di pagamento delle rette e disposizioni INPS;
- ☐ copia fotostatica del Codice IBAN del conto o carta prepagata dotata di IBAN prescelto per l'accredito

della somma eventualmente spettante. **La fotocopia del Codice IBAN dovrà contenere anche i dati** dell'intestatario, che dovrà coincidere con almeno un richiedente.

Pompu, _____

Firma dei richiedenti: _____

DA PRESENTARE ENTRO IL 12/02/2025