[](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/it/1/17/Motta_Baluffi-Stemma.png)******

**UNIONE LOMBARDA DEI COMUNI “MUNICIPIA”**

**MOTTA BALUFFI – SCANDOLARA RAVARA – CINGIA DE’ BOTTI**

(Provincia di Cremona)

P.IVA 01289150193 - CODICE FISCALE 93038720194

**RICHIESTA DI EROGAZIONE CONTRIBUTI ECONOMICI PER LA FREQUENZA DI ASILI NIDO .**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto** | **nome:** | | **cognome:** | **cod.fisc:** | **sesso M-F-** |
|  |  | |  |  |  |
| **cittadinanza** | | **luogo e data di nascita** | | **Residenza :Provincia – Comune** | |
|  | |  | |  | |
| **Indirizzo** | | **tel cell.** | **e-mail** | **e-mail pec** | **tel. fisso** |
|  | |  |  |  |  |
| **Genitore del minore:** | | **nome:** | **cognome:** | **cod.fisc:** | **sesso M-F-** |
|  | |  |  |  |  |
| **cittadinanza** | | **luogo e data di nascita** | | **Residenza :Provincia – Comune\_Indirizzo** | |
|  | |  | |  | |
| **Iscritto all’asilo nido :** | | **Denominazione** | **Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** |
|  | |  |  |  |  |
| **Con la seguente tipologia di retta : sono esclusi i pre e post orario, pasti, costo di iscrizione e retta di inserimento** | | | | | |
| * **Full time** | | * **Part-time** | **Orari frequenza:** | | **Retta frequenza: €:** |

**CHIEDE:**

l’ammissione al contributo per la frequenza in asilo nido.

Valendosi della facoltà prevista dall’art.47 del DP.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del DP.R. 445/2000 e dall’art. 483 del C.P. nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA:**

di trovarsi in usa delle seguenti condizioni:

* Disagio sociale o handicap del bambino o genitore;
* Bambino convivente con un solo genitore;
* Genitori entrambi lavoratori dipendenti;
* Genitori di cui uno studia e uno lavora;
* Genitori che accudiscono anziani non autosufficienti;
* Genitori con altri figli da sei a dieci anni, per ciascun figlio (numero dei figli dai 6 ai 10 anni) ;
* Genitori con altri figli di età inferiore a sei anni, per ciascun figlio (escluso quello indicato nella richeista);
* Presenza di altri portatori di handicap in famiglia ;

di essere in possesso di attestazione ISEE

**CHIEDE INOLTRE**

L’applicazione del costo del servizio in base all’ISEE secondo quanto previsto dalla D.G.U. 50/2018;

Eventuali altre informazioni:

|  |
| --- |
|  |

Elenco degli allegati:

* Modulo di autocertificazione attestante l’orario di lavoro dei genitori;
* Ricevuta di iscrizione all’asilo nido;
* Copia del documento di identità;
* Certificazione isee ;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo | Data | firma : |

[](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/it/1/17/Motta_Baluffi-Stemma.png)******

**UNIONE LOMBARDA DEI COMUNI “MUNICIPIA”**

**MOTTA BALUFFI – SCANDOLARA RAVAR502**

**\\**

P.IVA 01289150193 - CODICE FISCALE 93038720194

**AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE L’ATTIVITA’ LAVORATIVA DEI GENITORI.**

**(da compilare per ogni genitore/partner convivente)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto** | **nome:** | **cognome:** | **cod.fisc:** | **sesso M-F-** |
|  |  |  |  |  |
| **cittadinanza** | **luogo e data di nascita** | | **Residenza :Provincia – Comune\_Indirizzo** | |
|  |  | |  | |
| **tel. fisso** | **tel cell.** | **e-mail** | **e-mail pec** |  |
|  |  |  |  |
| **Genitore del minore:** | **nome:** | **cognome:** | **cod.fisc:** | **sesso M-F-** |
|  |  |  |  |  |
| **cittadinanza** | **luogo e data di nascita** | | **Residenza :Provincia – Comune\_Indirizzo** | |
|  |  | |  | |
| **Iscritto all’asilo nido :** | **Denominazione** | **Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** |
|  |  |  |  |  |

Valendosi della facoltà prevista dall’art.47 del DP.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 del DP.R. 445/2000 e dall’art. 483 del C.P. nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA:**

**di prestare la propria attività lavorativa presso:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denominazione** | **sede** | **Prov.** | **Comune** | **Indirizzo** |
|  |  |  |  |  |
| **e di effettuare il seguente orario di lavoro:** | | | | |
|  | | | | |
| **Altre informazioni:** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo | Data | firma : |