Amministrazione destinataria

Comune di Albiate

Ufficio destinatario

Servizi Sociali

Domanda di erogazione di buono a sostegno delle famiglie con figli in fascia di età 03 anni per frequenza asili nido privati

Il sottoscritto

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'erogazione di buono a sostegno delle famiglie con figli in fascia di età 0/3 anni per frequenza asili nido privati

- ○ per sé stesso
- ○ per il seguente familiare o tutelato

soggetto interessato

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Titolo del dichiarante (ad esempio amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, ecc.)

CHIEDE INOLTRE

che il pagamento del contributo, se concesso, venga effettuato con la seguente modalità

- ◯ bonifico su conto corrente o postale

  Istituto

  IBAN

  Codice BIC (swift) (se conto estero)

  - ◯ il sottoscritto è l'intestatario del conto corrente
  - ◯ l'intestatario del conto corrente è

    Cognome **Nome** **Codice Fiscale**

- ◯ mandato di pagamento da recapitare al seguente indirizzo

  Provincia **Comune** **Indirizzo** **Civico** **Barrato** **Interno** **Scala** **Piano** **SNC** ☐ **CAP**

COMUNICA

che il/i genitore/i sono

- ◯ studenti
  - ◯ entrambi
  - ◯ solo un genitore
- ◯ disoccupati
  - ◯ entrambi
  - ◯ solo un genitore
- ◯ lavorano
  - ◯ entrambi

    Per un totale complessivo di ore settimanali lavorate

  - ◯ solo un genitore

    Per un totale complessivo di ore settimanali lavorate

che l'orario di frequenza del servizio è

- ◯ tra le 8 ore e le 11 ore al giorno
- ◯ meno di 5 ore giorno
- ◯ meno di 5 ore a settimana
- ◯ tra le 5 e le 7 ore giorno
- ◯ meno di 9 ore a settimana

per il seguente motivo

Motivazione

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario è composto da

☐ **componente n. 1**

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Stato civile | **Rapporto di parentela**

Professione | **% Disabilità**

☐ **componente n. 2**

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Stato civile | **Rapporto di parentela**

Professione | **% Disabilità**

☐ **componente n. 3**

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Stato civile | **Rapporto di parentela**

Professione | **% Disabilità**

☐ **componente n. 4**

Cognome	Nome	Codice Fiscale

Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita	Cittadinanza

Stato civile	Rapporto di parentela

Professione	% Disabilità

DICHIARA INOLTRE

☑ di possedere il seguente ISEE

Importo	Data di rilascio	Data di scadenza
€		

☑ di impegnarsi a comunicare i motivi che comportino la decadenza del diritto al buono (es. cessazione della frequenza alla struttura privata, trasferimento in altro Comune, ecc.)

☐ la presenza di bambini/e con disabilità certificata dall'autorità sanitaria competente o documentabile con certificazioni specialistiche

☐ la presenza di minori soggetti a provvedimento dell'autorità giudiziaria e affidati all'Ente

☐ la presenza di bambini/e di nucleo familiare monoreddito con genitore in cerca di occupazione

☐ la presenza di bambini/e di nucleo familiare in cui è presente persona con invalidità pari o superiore al 100%

☐ la presenza di bambini/e di nucleo familiare in cui è presente persona con invalidità pari o superiore al 75%

☐ la presenza di bambini/e orfani di uno o entrambi i genitori o comunque appartenenti a famiglie monoparentali (presenza di un solo adulto con bambino a carico)

☐ la presenza di bambini/e di nucleo familiare numeroso (3 o più figli minorenni presenti)

☐ la presenza di nonni con più di 75 anni o zii che lavorano o che risiedono ad almeno 50 km o con invalidità

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [x] dichiarazione frequenza e retta rilasciata dalla struttura privata
- [x] copia delle fatture di pagamento della retta
- [ ] documentazione comprovante lo stato di necessità
- [ ] copia del documento d'identità
  (da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- [ ] altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo	Data	il dichiarante
Albiate		