



Spett.le COMUNE DI MONTE RINALDO

**Oggetto: Domanda di ammissione alle agevolazioni economiche previste dal fondo nazionale e regionale per il sistema integrato di educazione e istruzione di cui al D. Lgs. n. 65 del 14-04-2017 – ANNUALITÀ 2023**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di Monte Rinaldo alla via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ contatto  
telefonico \_\_\_\_\_ in qualità di: ☐ genitore ☐ tutore esercente la potestà genitoriale

#### CHIEDE

la concessione di un contributo finalizzato al sostegno dell'offerta degli asili nido, della scuola dell'infanzia paritaria, pubblica e privata annualità (Fondo Nazionale per il sistema integrato di educazione e istruzione di cui al D. Lgs. n. 65 del 14-04-2017)

A tal fine, sotto la mia personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e nella piena consapevolezza delle conseguenze che derivano dai reati previsti dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e delle conseguenze previste dall'art. 75 dello stesso D.P.R. per le dichiarazioni false.

#### DICHIARA

che il/i minore/i:

- |   |                                                 |
|---|-------------------------------------------------|
| ▪ | _____ nato a _____ il _____<br>(nome e cognome) |
| ▪ | _____ nato a _____ il _____<br>(nome e cognome) |
| ▪ | _____ nato a _____ il _____<br>(nome e cognome) |

nell'annualità 2023 era/erano iscritto/i ed ha/hanno frequentato:

- |   |                                                                               |
|---|-------------------------------------------------------------------------------|
| ▪ | la classe _____ della scuola _____ presso l'istituto sito nel comune di _____ |
| ▪ | la classe _____ della scuola _____ presso l'istituto sito nel comune di _____ |
| ▪ | la classe _____ della scuola _____ presso l'istituto sito nel comune di _____ |

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> che il nucleo familiare <b>NON PERCEPISCE</b> altre forme di incentivo o beneficio economico aventi le stesse finalità dell'intervento richiesto con la presente;                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> che il nucleo familiare <b>PERCEPISCE</b> altre forme di incentivo o beneficio economico aventi le stesse finalità dell'intervento richiesto con la presente ( <i>esempi di cumulabilità: "Bonus nido", "Voucher per l'acquisizione di servizi socio educativi per minori a carico" corrisposto dalla regione Marche</i> ) e che il contributo è pari a € _____; |

- |                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> che l'indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE relativo ai redditi 2023) del nucleo familiare è pari a € _____ come da documentazione allegata. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

☐ di aver sostenuto nel corso dell'annualità 2023 (da gennaio a dicembre) le seguenti spese di frequenza:

|                      |  |           |
|----------------------|--|-----------|
| Trasporto scolastico |  | €.        |
| Buoni pasto          |  | €.        |
| Rette                |  | €.        |
| Altro                |  | €.        |
| <b>Totali €.</b>     |  | <b>€.</b> |