

CONTRIBUTI ALLE FAMIGLIE PER LE SPESE SOSTENUTE NELL'ANNO 2025 PER LE RETTE DI ASILI NIDO, MICRONIDO E DEGLI ALTRI SERVIZI EDUCATIVI DI CUI ALL'ART. 2, COMMA 3, DEL D. LGS. 65/2017 - (FSC - ANNO 2025

DOMANDA

(barrare una delle due opzioni)

- Periodo di Frequenza GENNAIO /AGOSTO 2025
 Periodo di Frequenza SETTEMBRE /DICEMBRE 2025

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) il ____/____/____
residente nel **Comune di TRIBIANO** alla Via _____
Nr. _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ in possesso di:

- Cittadinanza italiana o UE,
 permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo,
 carta di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell'UE (art. 10, decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30)
 carta di soggiorno permanente per i familiari non aventi cittadinanza UE (art. 17, d.lgs. 30/2007),
 status di rifugiato politico o di protezione sussidiaria

Tel. _____ (Cell.) _____

Mail _____ pec _____

(NB: si raccomanda di indicare mai alla quale, COME PREVISTO DALL'AVVISO, SARANNO INVIATE TUTTE LE COMUNICAZIONI, ivi comprese le eventuali richieste di integrazione documentale)

CHIEDE

Il contributo a sostegno della retta di frequenza per:

MINORE 1			
DI ESSERE il GENITORE /TUTORE che ha sostenuto le spese, sotto riportate, per			
Cognome (del minore)	Nome (del minore)	Nato/a a	Data di nascita
Residente a Tribiano	Via/piazza		civico
Che il minore è in possesso di certificazione di disabilità grave certificata, (L.104/92 c.3)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SERVIZIO EDUCATIVO frequentato nell'anno 2025:		Denominazione	
Ubicato nel Comune di	Via/piazza		civico
Tipologia			
<input type="checkbox"/> Nido	<input type="checkbox"/> Micronido	<input type="checkbox"/> Sezione primavera	<input type="checkbox"/> Altro
PERIODO DI FREQUENZA	Dal ____/____/2025	con una retta mensile pari ad	<input type="checkbox"/> comprensivo di mensa
	al ____/____/2025	€ _____	<input type="checkbox"/> oltre al costo mensa pari a € _____
DICHIARA, INOLTRE (barrare una casella)			
<input type="checkbox"/> di non essere beneficiario, a COPERTURA INTEGRALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, di altri contributi erogati dall'INPS o da altro Ente (a titolo esemplificativo e non esaustivo: buoni servizio regionali, contributi e bonus INPS ecc.);			
<input type="checkbox"/> di essere beneficiario, a COPERTURA PARZIALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, dei seguenti contributi pubblici:			
<input type="checkbox"/> buoni servizio regionali: importo concesso € _____	<input type="checkbox"/> bonus INPS: contributo concesso € _____	<input type="checkbox"/> Altro: € _____	Specificare

DI ESSERE il GENITORE / TUTORE che ha sostenuto le spese, sotto riportate, per			
Cognome (del minore)	Nome (del minore)	Nato/a a	Data di nascita
Residente a Tribiano	Via/piazza		civico
Che il minore è in possesso di certificazione di disabilità grave certificata, (L.104/92 c.3)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SERVIZIO EDUCATIVO frequentato nell'anno 2025:		Denominazione	
Ubicato nel Comune di	Via/piazza		civico
Tipologia			
<input type="checkbox"/> Nido	<input type="checkbox"/> Micronido	<input type="checkbox"/> Sezione primavera	<input type="checkbox"/> Altro
PERIODO DI FREQUENZA	Dal ____/____/2025	con una retta mensile pari ad	<input type="checkbox"/> comprensivo di mensa
	al ____/____/2025	€ _____	<input type="checkbox"/> oltre al costo mensa pari a € _____
DICHIARA, INOLTRE <i>(barrare una casella)</i>			
<input type="checkbox"/> di non essere beneficiario, a COPERTURA INTEGRALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, di altri contributi erogati dall'INPS o da altro Ente (a titolo esemplificativo e non esaustivo: buoni servizio regionali, contributi e bonus INPS ecc.);			
<input type="checkbox"/> di essere beneficiario, a COPERTURA PARZIALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, dei seguenti contributi pubblici:			
<input type="checkbox"/> buoni servizio regionali: importo concesso € _____	<input type="checkbox"/> bonus INPS: contributo concesso € _____	<input type="checkbox"/> Altro: € _____	Specificare
MINORE 3			
DI ESSERE il GENITORE / TUTORE che ha sostenuto le spese, sotto riportate, per			
Cognome (del minore)	Nome (del minore)	Nato/a a	Data di nascita
Residente a Tribiano	Via/piazza		civico
Che il minore è in possesso di certificazione di disabilità grave certificata, (L.104/92 c.3)		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
SERVIZIO EDUCATIVO frequentato nell'anno 2025:		Denominazione	
Ubicato nel Comune di	Via/piazza		civico
Tipologia			
<input type="checkbox"/> Nido	<input type="checkbox"/> Micronido	<input type="checkbox"/> Sezione primavera	<input type="checkbox"/> Altro
PERIODO DI FREQUENZA	Dal ____/____/2025	con una retta mensile pari ad	<input type="checkbox"/> comprensivo di mensa
	al ____/____/2025	€ _____	<input type="checkbox"/> oltre al costo mensa pari a € _____
DICHIARA, INOLTRE <i>(barrare una casella)</i>			
<input type="checkbox"/> di non essere beneficiario, a COPERTURA INTEGRALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, di altri contributi erogati dall'INPS o da altro Ente (a titolo esemplificativo e non esaustivo: buoni servizio regionali, contributi e bonus INPS ecc.);			
<input type="checkbox"/> di essere beneficiario, a COPERTURA PARZIALE delle spese sostenute nel 2024, per la stessa finalità e per lo stesso minore, dei seguenti contributi pubblici:			
<input type="checkbox"/> buoni servizio regionali: importo concesso € _____	<input type="checkbox"/> bonus INPS: contributo concesso € _____	<input type="checkbox"/> Altro: € _____	Specificare

