

Al Comune di PAULI ARBAREI
Ufficio Servizio Sociale

DA PRESENTARE ENTRO LE ORE 13:00 DEL 15 DICEMBRE 2025

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MISURA BONUS ASILI NIDO ANNO 2025

(di cui al Decreto del 24/03/2025 del Ministro dell'Interno, di concerto con il Ministro dell'Istruzione e del Merito, con il Ministro per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione PNRR e con il Ministro per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità)

(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)

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° CIVICO _____

EMAIL di RIFERIMENTO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

IN QUALITÀ DI PADRE

LA SOTTOSCRITTA _____

NATA A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° CIVICO _____

EMAIL di RIFERIMENTO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

IN QUALITÀ DI MADRE

DEL MINORE

NOME _____

COGNOME _____

CF DEL MINORE _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA/PIAZZA _____ CAP _____

FREQUENTANTE IL SEGUENTE SERVIZIO PER LA PRIMA INFANZIA:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA: _____

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA _____ NUMERO CIVICO _____

CAP _____ COMUNE _____

CHIEDONO L'AMMISSIONE AI BENEFICI DELLA MISURA ASILI NIDO ANNO 2025 (di cui al Decreto del Ministro dell'Interno del 24/03/2025 di concerto con il Ministro dell'Interno, di concerto con il Ministro dell'Istruzione e del Merito, con il Ministro per gli Affari Europei, il Sud, le Politiche di Coesione PNRR e con il Ministro per la Famiglia, la Natalità e le Pari Opportunità);

A TAL FINE DICHIARANO

- ☐ 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:

N. progr.	Cognome e nome	Data di nascita	Età

- ☐ Che l'indicatore della situazione economica equivalente ISEE **per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare** in corso di validità è pari ad € _____;
- ☐ Vista 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 11 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. 36/52 del 09.07.2025).

□ 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 A.E. 2024/2025			
Iscrizione A.E. 2025/2026			
Gennaio 2025			
Febbraio 2025			
Marzo 2025			
Aprile 2025			
Maggio 2025			
Giugno 2025			
Luglio 2025			
Agosto 2025			
Settembre 2025			
Ottobre 2025			
Novembre 2025			
Dicembre 2025			

□ 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.**

Data e Luogo _____

Firma dei richiedenti:

Trattamento dati:

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.

Data e Luogo _____

Firma dei richiedenti: