

ALL'UFFICIO
DEL PIANO DI ZONA
DISTRETTO DI GUIDIZZOLO
TRAMITE IL COMUNE DI RESIDENZA

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL BANDO RELATIVO AI "PIANI NIDI" DELLA
REGIONE LOMBARDIA. ANNO SCOLASTICO 2014-2015.**

PROROGA APERTURA ISCRIZIONI FINO AL 18 SETTEMBRE 2015

I sottoscritti _____
(cognome e nome del padre) (codice fiscale)

residente in _____ via _____ n° ____ tel. _____ cell. _____

di professione _____ sede del luogo di lavoro _____

(cognome e nome della madre) (codice fiscale)

residente in _____ via _____ n° ____ tel. _____ cell. _____

di professione _____ sede del luogo di lavoro _____

genitori del minore: _____

nato a _____ il _____ a _____ con disabilità (barrare se ricorre il caso)

CHIEDONO

di usufruire di un voucher per la frequenza di servizi per la prima infanzia c/o la seguente unità di offerta:

Asilo nido –micronido – nido famiglia: _____

Sede (Comune ed indirizzo): _____

Periodo di frequenza: dal _____ al _____ per un totale di n _____ mesi

Modalità di frequenza	
tempo lungo (7.30 – 18.30)	<input type="checkbox"/>
tempo pieno (7.30 – 16.30)	<input type="checkbox"/>
part – time (7.30 – 13.30)	<input type="checkbox"/>
Barrare con X l'opzione desiderata	

Accettano inoltre che il Comune di appartenenza possa effettuare compensazioni e conguagli su somme già anticipate e/o erogate.

Chiedono inoltre, in caso di concessione del voucher, che l'importo sia:

accreditato su c/c n°

Cod. IBAN

Istituto.....agenzia di

intestato a

Nato/a a.....il.....

residente a

in via.....

C.F.

FIRMA _____

AVVERTENZE PER IL RICHIEDENTE: La presente domanda può essere sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La presente domanda e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate anche per posta o per fax .

SCHEDA SITUAZIONE FAMILIARE
(Autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Condizione medico-sanitaria dei familiari:

- per genitore con disabilità in misura non inferiore al 33%
(barrare se ricorre il caso)
- per familiari conviventi con disabilità non inferiore al 33%
(barrare se ricorre il caso)

Composizione del nucleo familiare:

- a) nucleo monoparentale per decesso, emigrazione, separazione legale o altra causa per cui manchi effettivamente la figura materna o paterna
(barrare se ricorre il caso)
- b) minori affidati n. _____ (indicare il numero, se ricorre il caso)
- c) dimensione anagrafica del nucleo (figli o familiari a carico), esclusi i minori affidati _____ (indicare il numero di figli o familiari a carico)
- d) n. _____ figli o minori in affido frequentanti i servizi infanzia e/o comunque studenti
(indicare il numero di figli che frequentano i servizi per l'infanzia o sono studenti)

Situazione economica del nucleo familiare

secondo i seguenti scaglioni di reddito imponibile:

- fino a € 20.000,00
- da € 20.000,01 ad € 40.000,00
- oltre a € 40.000,01

N.B. Nel caso in cui non sia indicato lo scaglione di reddito imponibile, non si attribuirà alcuna maggiorazione.

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che, in caso di dichiarazioni non veritiere, sono passibili di sanzioni penali, ai sensi del DPR 445/2000, oltre alla revoca del voucher e autorizzano l'Ufficio del Piano di Zona Distretto di Guidizzolo ad utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D. Lgs. 196/2003) e successive modifiche.

FIRMA

