Allegato B) alla determinazione del Responsabile del Servizio Amministrativo-Sociale n. ____ del .10.2026

Al Responsabile del servizio Amministrativo -Sociale

Del Comune di GONNOSTRAMATZA

SEDE

OGGETTO	**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MISURA BONUS ASILI NIDO ANNO 2026** Contributo per l'abbattimento dei costi sostenuti per la frequenza di Nidi, Micronidi, Sezioni Primavera Pubblici o Privati, Servizi in contesto domiciliare anno 2026.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____- (_____) il ___/___/_____

residente a _____in via/vico/piazza _____ n. ___

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

IN QUALITA' DI PADRE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____- (_____) il ___/___/_____

residente a _____in via/vico/piazza _____ n. ___

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

recapito telefonico _____ cellulare _____

e-mail _____

IN QUALITA' DI MADRE

Del/la minore

_____

nato/a a _____- (_____) il ___/___/_____

residente a _____in via/vico/piazza _____ n. ___

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Frequentante il seguente servizio per la prima infanzia:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA: _____

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA_____NUMERO CIVICO_____

CAP_____COMUNE _____

TEL. _____Mail/o pec.:_____

CHIEDONO L'AMMISSIONE AI BENEFICI DELLA MISURA ASILI NIDO ANNO 2026

A TAL FINE DICHIARANO

(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)

□ Che essendo l'unico/a richiedente ha effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sullaresponsabilità 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

□ 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. 24/28 del 10.07.2024)

□ 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. 2026/2027			
Gennaio 2026			
Febbraio 2026			
Marzo 2026			
Aprile 2026			
Maggio 2026			
Giugno 2026			
Luglio 2026			
Agosto 2026			
Settembre 2026			
Ottobre 2026			
Novembre 2026			
Dicembre 2026			

- □ 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;
- □ 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:

Si allegano alla presente:

- □ fotocopia documento d'identità di entrambi i richiedenti;
- □ 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**.

Gonnostramatza, _____

Firma dei richiedenti: _____ _____

DA PRESENTARE ENTRO IL 27/11/2026