Al Comune di San Giovanni Valdarno – Ufficio Pubblica Istruzione
Servizi Educativi alla Prima Infanzia

Oggetto: Richiesta di assegnazione contributo per abbattimento-riduzione della tariffa Nido d'Infanzia per anno 2018 .

Il/La sottoscritto/a _____(intestatario/a della retta)

CODICE FISCALE																

nato/a a _____ _____ (Prov.____) il _____

e residente nel Comune di _____ (Prov._____)

in Via/Piazza _____ n. _____, Tel. _____

e-mail _____

CHIEDE

Di essere assegnatario del contributo per abbattimento/riduzione delle spese sostenute nell'anno 2018 (fino a luglio 2018 compreso) per la frequenza, da parte del/la proprio/a figlio/a, dei Servizi Educativi per la prima infanzia (0 – 36 mesi) di cui il Comune di San Giovanni Valdarno è titolare. A tale scopo,

DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dai controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000):

☐ di essere residente nel Comune di San Giovanni Valdarno (Ar)

☐ di essere residente in altro Comune della Regione Toscana:

_____ (specificare il Comune di residenza e la Provincia);

☐ di essere genitore/tutore di _____ nato a _____ il

_____ in età utile per la frequenza dei servizi educativi per la prima infanzia (0- 36 mesi);

che frequenta il Nido **:** ☐ **Il Marzocchino** ☐ **Lo Scheggia**

CODICE FISCALE																

☐ di non beneficiare di altri rimborsi o sovvenzioni economiche o azioni di supporto dirette e/o indirette erogate allo stesso titolo, di importo tale da superare la spesa complessivamente sostenuta.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di impegnarsi a produrre al Comune di San Giovanni Valdarno - nei termini dallo stesso richiesti – tutte le informazioni e delucidazioni necessarie all'istruttoria della presente richiesta nonché la documentazione probatoria a rendiconto delle spese sostenute.

Il/La sottoscritto/a dichiara anche di essere consapevole che i rimborsi saranno liquidati dal Comune di San Giovanni Valdarno **esclusivamente in presenza dei seguenti presupposti:**

- **effettiva frequenza fino al termine dell'A.E.;**
- **essere in regola con il pagamento delle rette mensili;**
- **non percepire altri rimborsi/sovvenzioni o azioni di supporto dirette o indirette erogate allo stesso titolo di importo tale da superare la spesa sostenuta complessivamente;**
- **non godere dell'esonero totale o parziale a carico del Servizio Sociale del Comune di residenza);**

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere a conoscenza che l'erogazione dei rimborsi è subordinata all'effettiva frequenza del proprio figlio/tutelato del servizio educativo prescelto e che in caso di assenze per malattia certificate dal medico, il rimborso può essere riconosciuto fino ad un massimo di due mesi anche non continuativi, di mancata frequenza.

DATI PER ACCREDITAMENTO DELL'EVENTUALE CONTRIBUTO

Si richiede l'accreditamento del contributo: C/O **[ ] TESORERIA COMUNALE**

[ ] CONTO CORRENTE BANCARIO

[ ] CONTO CORRENTE POSTALE

(Da compilare solo se richiesto l'accredito su conto corrente bancario o postale)

BANCA/UFF. POSTALE_____

AGENZIA DI _____

VIA_____n._____

COMUNE _____

PROVINCIA_____

CODICE IBAN

(Scrivere in modo leggibile - Utilizzare una singola casella per ciascuna lettera o cifra)

Il/La sottoscritto/a allega copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Data _____ FIRMA

_____