

**Al Comune di San Giovanni Valdarno**  
**Servizio Istruzione**

**DOMANDA DI BUONO SCUOLA**

**Progetto finalizzato al sostegno alle famiglie per la frequenza delle scuole dell'infanzia paritarie, private e degli enti locali (3-6 anni) - A.S. 2018-2019**

**Il/La Sottoscritto/a**

genitore

affidatario/a

esercente patria potestà

(Barrare con una X la casella di interesse)

Cognome e Nome														
Codice Fiscale														
Residenza	via								Comune				Cap.	
Indirizzo a cui inviare la corrispondenza (solo se diverso dalla residenza)														
Tel.	Cell.						E-mail							

**CHIEDE DI PARTECIPARE AL BANDO**

**Per l'assegnazione di buono scuola per la frequenza delle scuole dell'infanzia paritarie, private e degli enti locali (3-6 anni) - A.S. 2018-2019 (periodo settembre 2018-giugno 2019) (DDRT 1880/2019)**

**DICHIARANDO AL TAL FINE QUANTO SEGUE:**

Cognome e Nome del/della bambino/a														
Nazionalità e Luogo e data di nascita														
Codice Fiscale														
Residenza	via								Comune				Cap.	
Scuola dell'infanzia Paritaria privata presso la quale il/la bambino/a è iscritto/a														

La/Il sottoscritta/o dichiara altresì di presentare questa istanza esclusivamente al Comune di San Giovanni Valdarno presso il quale è situata la scuola frequentata dal/dalla propri/a figlio/a.

Scheda Previsione Finanziaria Buoni Scuola–Totale Spesa prevista € \_\_\_\_\_

**Dettaglio dei costi dichiarati:**

Data inizio frequenza	Data fine frequenza	Totale mesi	Retta mensile	Totale spesa annua

La/Il sottoscritta/o allega a tal fine:

- **copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità**

A tale scopo dichiara:

- **Che il proprio nucleo familiare ha una certificazione I.S.E.E in corso di validità legata a prestazioni agevolate per minorenni (DPCM 159/2013 E DM 7/11/2014 e successive modifiche) così determinata:**

<p>In caso di Attestazione definitiva INPS indicare: Numero Protocollo INPS-ISEE   _____  </p> <p>Valore ISEE € _____, _____</p> <p>Dichiarazione Sostitutiva Unica sottoscritta in data: ____/____/____</p>
--

- **Oppure di avere provveduto alla compilazione della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) ai sensi del DPCM 159/2013 e DM 7/11/2014 e successive modifiche in data \_\_\_\_\_, trasmessa all'INPS in data \_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_ per la quale ancora non è stata rilasciata la relativa attestazione ISEE.**

**DATI PER ACCREDITAMENTO DELL'EVENTUALE CONTRIBUTO**

**(i dati devono essere riferiti al soggetto richiedente il beneficio)**

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 \_\_\_\_\_

