

MODELLO "A"

Spett.le Comune di Trabia protocollo@pec.comunetrabia.it
protocollo@comunetrabia.it

MODULO DI RICHIESTA PER L'ASSEGNAZIONE DI UN CONTRIBUTO QUALE RIMBORSO SPESE SOSTENUTE DALLE FAMIGLIE PER LA FREQUENZA DEI FIGLI PRESSO STRUTTURE EDUCATIVE PRIMA INFANZIA SITE FUORI TERRITORIO DI TRABIA, - A.E. 2024/2025. RIAPERTURA TERMINI SCAD 10.06.2025

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____

Via/Piazza _____ CF: _____

Telefono _____ e-mail _____

genitore o tutore del/la bambino/a _____ nato/a a _____

_____ il _____ CF: _____

INOLTRA

Formale richiesta di partecipazione all'Avviso pubblico per il rimborso spese sostenute per la frequenza del proprio figlio/a c/o strutture educative 0-36 mesi site fuori territorio comunale per l'anno educativo 2024/2025.- SCAD 10.06.2025

A tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci ricorrono le sanzioni penali e la decadenza dai benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R., quanto segue:

 di essere residente nel Comune di Trabia;
 Di avere provveduto all'iscrizione del proprio/a figlio/a per l'a.e. 2024/2025 a decorrere dal mese di al seguente Nido d'Infanzia e/o micro nido e/o Spazio Gioco per Bambini e/o casa nido **(indicare denominazione struttura con indirizzo e recapito telefonico):**

 di avere sostenuto le spese per il/la proprio figlio/a relative all'a.e. 2024/2025 a decorrere dal mese di sino al al seguente Nido d'Infanzia e/o micro nido e/o Spazio Gioco per Bambini e/o casa nido **(indicare denominazione struttura con indirizzo e recapito telefonico):**

di avere optato PER LA FREQUENZA a.e. 2024/ 2025 PER LA SEGUENTE FASCIA ORARIA (SEGNARE CON UNA X)

FASCIA ORARIA DI FREQUENZA	Preferenza segnare con una X	Retta mensile in euro
6 ore giornaliere		
8 ore giornaliere		
10 ore giornaliere		

di avere un reddito I.S.E.E (attestazione scadenza 31.12.2024) pari a € _____;

di avere un reddito I.S.E.E (attestazione scadenza 31.12.2025) pari a € _____;

DICHIARA ALTRESÌ

a) **che il bambino per cui si richiede il contributo è:**

- disabile (allegare certificazione);
- segnalato dal Servizio Sociale e/o servizi socio (allegare certificazione);
- orfano di entrambi i genitori o in affido e che tale stato risulti da atti o sentenze validi per legge

b) **di essere nella seguente condizione familiare e/o di stato civile:**

- ragazza madre (madre di figlio non riconosciuto dall'altro genitore);
- vedova/o;
- separata/divorziata/o;

(allegare atto o sentenza dal quale risultino tali condizioni e/o altra documentazione valida per comprovare le suddette dichiarazioni)

c) **di essere nella seguente condizione lavorativa:**

- entrambi i genitori lavorano a tempo pieno
- un genitore lavora a tempo pieno e l'altro part-time
- entrambi i genitori lavorano part-time
- un genitore lavoratore e l'altro non occupato
- Entrambi i genitori non occupati
- Madre studentessa

d) **barrare solo in caso affermativo**

- presenza nel nucleo familiare di un genitore con grado di invalidità oltre il 75% di soggetti affetti da malattie gravi che rientrano nelle fattispecie previste dell'art. 2 comma uno lettera d2), d3), d4) del D.M. 21.07.2000 n. 278 e successive modifiche e soggetti con L. 104/92 art. 3 comma 3 (allegare certificazione) impossibilitato a prestare attività lavorativa.

- e) **che nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti ulteriori figli (escluso il figlio per il quale si sta chiedendo il contributo):**
- nessuno
 - n. figli fino a 3 anni di età
- f) **di avere avuto il rimborso per lo stesso beneficio (a.e. 2024/2025) bonus statale Fascia 0/3 per le mensilità di,,,, per il figlio:**
- nome e cognome..... ;**
- nome e cognome..... ;**
- e che il contributo statale mensile ottenuto è pari ad €..... per un tle complessivo di €.....**
- g) **Che il genitore/tutore non firmatario la presente è al corrente ed approva la richiesta e non ha, a sua volta, presentato altre richieste di contributo/sussidio per il medesimo motivo;**

Il/la sottoscritto/a DICHIARA inoltre:

Di essere a conoscenza:

-  che Il rimborso non è abbinabile alla detrazione fiscale, il cui principio di non cumulabilità è dichiarato espressamente nella Circolare 7/E/2018 dell'Agenzia delle Entrate, secondo cui "la detrazione è alternativa al contributo di cui all'art. 1, comma 355, della legge 11.12.2016, n. 232;
-  di tutte le clausole contenute nell'avviso pubblico e di accettarle totalmente, senza riserva alcuna;
-  Di essere informato che il Comune di Trabia ha facoltà di effettuare i controlli previsti sulla veridicità delle dichiarazioni;
-  Di essere informato che la mancanza di uno solo degli allegati richiesti, e necessari all'accoglimento della istanza e formulazione della graduatoria, determina l'esclusione dal beneficio.

Di impegnarsi:

- + A comunicare ogni eventuale variazione delle condizioni di ammissibilità, comprese quelle previste nell'avviso pubblico per la decadenza dall'erogazione del contributo;
- + A comunicare il compimento del 3° anno di età del figlio per il quale si percepisce il beneficio, o fino al compimento del ciclo dell'anno educativo di riferimento;
- + A comunicare ai servizi sociali del Comune di Trabia eventuale cambio di indirizzo/residenza/ domicilio.

Di esprimere autorizzazione al trattamento dati privacy e pre regolamento UE 2016/679.

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'istante;
- per gli stranieri copia del permesso o carta di soggiorno ai sensi degli artt. 5 e 7 della L. n° 40/1998;
- Dichiarazione I.S.E.E. in corso di validità del nucleo familiare (produrre attestazione scad. 31.12.2024 e nuova attestazione rilasciata nell'anno 2025);
- Documentazione fiscale (fatture quietanzate/bonifici) comprovante l'iscrizione nell'a.e. 2024/2025 e le spese sostenute sett/ott/nov/dic 2024 e 2025 (da gennaio 2025 per 11 mensilità), presso la struttura scelta autorizzata con decreto e/o altro atto;
- Eventuale Certificazione sulla disabilità del bambino (legge 104/1992) per il quale si chiede il rimborso;
- Copia delle tasse scolastiche che certifichino iscrizione/frequenza della mamma, qualora ancora studentesca;
- Eventuale Certificazione attestante la Presenza nel nucleo familiare di un genitore con grado di invalidità oltre il 75%, e/o affetto da malattie gravi, impossibilitato a prestare attività lavorativa;
- Eventuale Certificazione attestante la reale situazione lavorativa dei genitori (occupati a tempo pieno o parziale/non occupati);
- Eventuale certificazione che attesti che il Bambino frequentante sia orfano di entrambi i genitori, o appartenente a nucleo familiare monoparentale in cui il genitore risulti ragazza/o madre/padre, vedova/o, separata/o, divorziata/o, o in affidamento e che tale stato risulti da atti o sentenze validi per legge;
- Codice IBAN dell'istante per l'eventuale accredito: se l'Iban è cointestato con altro familiare deve comunque risultare nella cointestazione il nominativo dell'istante;

Data _____

Firma richiedente

(Allegare copia del documento di identità in corso di validità e tutta la documentazione richiesta al fine di attestare i requisiti dichiarati)