

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MISURA NIDI GRATIS 2025

Periodo Gennaio – Dicembre 2025

(di cui alla DGR n. 21/19 del 22/06/2023)

(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)

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° CIVICO _____

PEC/E-MAIL di RIFERIMENTO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

PADRE

LA SOTTOSCRITTA _____

NATA A _____ IL _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

IN VIA/PIAZZA _____ N° CIVICO _____

PEC/E-MAIL di RIFERIMENTO _____

RECAPITO TELEFONICO _____

MADRE

DEL MINORE

NOME _____

COGNOME _____

CF DEL MINORE _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

IN VIA/PIAZZA _____ CAP _____

FREQUENTANTE IL SEGUENTE SERVIZIO PER LA PRIMA INFANZIA AVENTE SEDE NEL COMUNE DI SOLEMINIS:

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA: _____

INDIRIZZO: VIA/PIAZZA _____ NUMERO CIVICO _____

**CHIEDONO
L'AMMISSIONE AI BENEFICI DELLA MISURA NIDI GRATIS (DGR n. 6/22 del 25.02.2022)**

A TAL FINE DICHIARA O DICHIARANO

- Che essendo l'unico/a richiedente
- 1)-ha effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale;
- 2) ha presentato la domanda del BONUS NIDI INPS

- Che il proprio nucleo familiare è composto da uno o più figli fiscalmente a carico di età compresa tra zero e tre anni (due anni e 365 giorni), anche in adozione o affido:

Cognome e nome	Data di nascita	Età

- Che l'indicatore della situazione economica equivalente ISEE **per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare** in corso di validità è pari ad € _____;
- che l'Attestazione ISEE è stata rilasciata in data _____ con il protocollo _____
- che il valore dell'ISEE non supera il tetto massimo previsto di euro 40.000,00;
- 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;
- che LE RETTE DEL SERVIZIO PRIMA INFANZIA VERSATE E LE QUOTE BONUS INPS RICEVUTE sono:

1 PERIODO	IMPORTI PAGAMENTO RETTE	IMPORTI RIMBORSATI DALL'INPS QUALI BONUS ASILO NIDO
Gennaio 2025		
Febbraio 2025		
Marzo 2025		
Aprile 2025		
Maggio 2025		
Giugno 2025		
Luglio 2025		

2 PERIODO	IMPORTI PAGAMENTO RETTE	IMPORTI RIMBORSATI DALL'INPS QUALI BONUS ASILO NIDO
Settembre 2025		
Ottobre 2025		
Novembre 2025		

- Per il mese di **Dicembre 2025** si impegnerà a dichiarare le integrazioni di cui sopra **entro e non oltre il 10.01.2026**;
- 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);
- di aver preso visione dell'informativa trattamento dati;

I sottoscritti o Il/la sottoscritto/a chiedono/chiede che il **PAGAMENTO della somma** eventualmente **spettante** sia effettuato tramite **ACCREDITO** in **conto corrente bancario con IBAN:** _____

comunicato attraverso allegato **copia fotostatica del Codice IBAN.**

Soleminis li _____

Firma dei richiedenti:

Allegati:

- copia fatture e/o ricevute di pagamento retta di frequenza ai nidi pubblici o privati;
- Attestazione ISEE in corso di validità per le prestazioni rivolte ai minorenni (senza omissioni/difformità);
- Attestazione comprovante gli importi Bonus INPS percepiti
- fotocopia documento d'identità di entrambi i richiedenti;
- copia fotostatica del Codice IBAN del conto 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.**