


COMUNE DI TREZZANO ROSA (Provincia di Milano)

**BANDO PER L'EROGAZIONE DI CONTRIBUTI DI FREQUENZA
ASILO NIDO E MICRONIDO (A.E. 2017/2018) - RIAPERTURA**
DOMANDA

Il sottoscritto genitore:

cognome _____ nome _____

residente a _____ in via _____ n. _____

cod. fiscale _____ n. telefono _____

consapevole delle condizioni di partecipazione stabilite dal bando approvato dalla Giunta Comunale (*di cui può essere richiesta copia gratuita, in estratto, agli uffici comunali*), che dichiara con la presente di conoscere ed accettare e prendendo atto che l'informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 D. Lgs. 196/2003, della quale può essere chiesta copia gratuita in qualunque momento, è inserita nel bando stesso

CHIEDE

per il/la proprio/a figlio/a:

cognome _____ nome _____ nato/a a _____ il _____

 l'erogazione di contributo per la frequenza TEMPO PIENO TEMPO PARZIALE

 presso MICRONIDO ASILO NIDO

denominato _____

ubicato nel Comune di _____

al quale è iscritto/a a far data dal _____

DICHIARA

ai fini della valutazione dei requisiti richiesti dal bando quanto segue:

<i>critério</i>	<i>elemento di valutazione</i>	<i>riservato all'ufficio</i>
ISEE in corso di validità	importo: _____	
Condizione lavorativa o di studio dei genitori <i>(gli uffici comunali possono chiedere documentazione comprovante)</i>	madre convivente anagraficamente col figlio: <input type="checkbox"/> oltre 25 ore settimanali <input type="checkbox"/> fino a 25 ore settimanali <input type="checkbox"/> non lavoratore (es. disoccupato / in attesa di lavoro / in mobilità e affini) padre convivente anagraficamente col figlio: <input type="checkbox"/> oltre 25 ore settimanali <input type="checkbox"/> fino a 25 ore settimanali <input type="checkbox"/> non lavoratore (es. disoccupato / in attesa di lavoro / in mobilità e affini)	
Presenza di un solo genitore	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	

Presenza in famiglia di altri minori 0-5 anni alla data della domanda	<input type="checkbox"/> Sì (indicare quanti: ____)	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza in famiglia di conviventi disabili o non autosufficienti (con certificazione di disabilità, da allegare)	<input type="checkbox"/> Sì (allegare docum.)	<input type="checkbox"/> NO	
Iscrizione contemporanea di più fratelli al nido/micro nido	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> NO	
Presenza nel nucleo familiare di persone maggiorenni che non lavorano, non studiano o sono pensionati	<input type="checkbox"/> Sì (indicare quanti: ____)	<input type="checkbox"/> NO	

ed altresì dichiara di non avere pendenze economiche di alcun genere nei confronti del Comune di Trezzano Rosa alla data della domanda;

SI IMPEGNA

- a comunicare tempestivamente al Comune ogni modifica dei dati contenuti nella presente domanda
- ad allegare ad ogni richiesta di erogazione del contributo la necessaria documentazione giustificativa a supporto
- ad esibire tutta la documentazione che venisse ritenuta necessaria dagli uffici comunali.

(firma del genitore)