MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO RETTE ASILO NIDO

anno scolastico 2018/19

 presentazione domande dal 20 agosto al 28 settembre 2018

Il/la sottoscritto/a ........................................................................................................................

nato a ........................................................................... (prov. ………………) il ….../....../..........

residente a Bellinzago Lombardo (MI) in via …………....................................................................., n° ………..

n° tel. ………/…................................. e-mail .................................................................………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| in qualità di | [ ]  Genitore | [ ]  Affidatario | [ ]  Tutore |

**del minore**

nome e cognome……..................................................................................…………………......

nato a ........................................................................... (prov. ………………) il ..../....../............

residente a ……………………………….. via …………............................………….... n°..........

**PRESENTA RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO AL PAGAMENTO DELLE RETTE DI FREQUENZA ALL’ASILO NIDO PER L’ANNO 2018/19**

**a tal fine dichiara sotto la propria responsabilità che:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * per l’a.s.2018/19 il bambino è iscritto al
 | [ ]  1° anno | [ ]  2° anno | [ ]  3° anno |
| * frequenterà il nido dalla data
 | …..…/…..…/………..….. |  |
| * con la seguente modalità
 | [ ]  Part timeora inizio-fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Tempo normaleora inizio-fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Tempo pienoora inizio-fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* presso la seguente struttura (specificare denominazione e indirizzo):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* vista la propria situazione famigliare, rientra nei casi di seguito elencati:

[ ]  (5 punti) unico genitore responsabile del mantenimento del minore

[ ]  (5 punti) bambino portatore di handicap

[ ]  (4 punti) bambino in affido a parenti o in affido eterofamiliare

[ ]  (4 punti) genitori entrambi lavoratori

[ ]  (3 punti) presenza in famiglia di portatori di handicap

[ ]  (3 punti) casi seguiti dai servizi sociali (punteggio non cumulabile con gli altri fattori)

[ ]  (2 punti) presenza di entrambi i genitori di cui uno solo lavoratore

[ ]  (2 punti) presenza di più fratelli minorenni

[ ]  (1 punto) presenza di un fratello minorenne

[ ]  (5 punti) fascia ISEE 0 – 6.000,00 €

[ ]  (3 punti) fascia ISEE 6.001,00 – 14.000,00 €

[ ]  (1 punto) fascia ISEE 14.001,00 – 22.000,00 €

Allega alla presente richiesta (allegati obbligatori):

* **copia del documento di identità del dichiarante;**
* **attestazione ISEE Prestazioni per minorenni.**

*Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del D. Lgs. 30/06/2003 n° 196, che o dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale questa dichiarazione viene resa.*

*Bellinzago Lombardo, .........................*

 Firma del dichiarante

………...............................

La presente richiesta, firmata e corredata dagli allegati sopra specificati va presentata dal 20 agosto al 28 settembre 2018 al Comune di Bellinzago L.do, in una delle seguenti modalità:

* a mano presso l’Ufficio Protocollo, Via Roma 46, Bellinzago L.do, negli orari di apertura al pubblico:
	+ lunedì, mercoledì e venerdì 9.00-12.30, martedì e giovedì 16.30-18.00;
* via e-mail all’indirizzo **segreteria.bellinzagolombardo@unioneaddamartesana.gov.it** (la richiesta dovrà essere inviata comprensiva di firma del richiedente);
* a mezzo posta indirizzandola al Comune di Bellinzago L.do, Via Roma 46, 20060 Bellinzago L.do (Mi), in tal caso la richiesta dovrà pervenire entro il termine previsto (non farà fede la data di spedizione ma quella di arrivo al protocollo comunale).