

|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIONE DI COMUNI LOMBARDA****‘ADDA MARTESANA’** **Città Metropolitana di Milano**  **Via Martiri della Liberazione n. 11 Pozzuolo Martesana**  **telefono: 02950908239 fax: 0295357307**  **C.F. e P.IVA: 09571970962 – Codice Ministeriale: 1030496050** |

***COMUNE DI BELLINZAGO LOMBARDO***

***CONUNE DI POZZUOLO MARTESANA***

***Settore Servizi Sociali***

MODULO DI RICHIESTA CONTRIBUTO RETTE ASILO NIDO

anno scolastico 2023/24

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

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

residente Bellinzago Lombardo (MI) Pozzuolo Martesana (MI)

via …………...........................................................................................n° …………………………..

n° tel./e-mail per eventuali comunicazioni:

.........................................…………………………………………………………………………….…

………..............................................……………………………………………………………………

………..............................................……………………………………………………………………

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

**DEL MINORE**

Nome cognome ……………..................................................................................…………………..................................

nato a .......................................................................................................................... (prov. …………)

il ..................................

residente a ……………………………………………………………………………………………….

via …………............................………….......................................................................n°........................

**A TAL FINE DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| che, per l’a. s. **2023/24** il bambino è iscritto al | * 1° anno | | * 2° anno | | | * 3° anno |
| frequenterà il nido a partire dal | (gg/mese/anno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | al (gg/mese/anno) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| con la seguente modalità | * Part time   ora inizio/fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Tempo normale   ora inizio/fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | * Tempo pieno   ora inizio/fine: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

presso la seguente struttura (specificare denominazione e indirizzo):

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

Che, vista la propria situazione famigliare, rientra nei casi di seguito barrati:

* (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 (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 €

**CONTRIBUTI RICEVUTI DA ALTRI ENTI**

**Bonus asilo nido INPS o altri contributi ricevuti**

* Euro …………………………………………
* Euro …………………………………………

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.*

*Luogo e data ......................................*

Firma del dichiarante

…………………………………………

La presente richiesta, firmata e corredata dagli allegati sopra specificati va presentata **entro il 6 DICEMBRE 2023 ore 12.00**

**Le domande dovranno pervenire ai seguenti indirizzi e-mail:**

* [**protocollo.bellinzagolombardo@pec.it**](mailto:protocollo@pec.bellinzagolombardo.it)
* [**comune.pozzuolomartesana.mi@legalmail.it**](mailto:comune.pozzuolomartesana.mi@legalmail.it)

Per informazioni e chiarimenti contattare:

* Uffici servizi sociali Bellinzago Lombardo tel. **0295385020**
* Assistente Sociale Dott.ssa Rita Savoca tel. **3297503372**

o inviare e-mail a:

* [**servizisociali.bellinzagolombardo@unioneaddamartesana.it**](mailto:servizisociali.bellinzagolombardo@unioneaddamartesana.it)
* **rita.savoca@unioneaddamartesana.it**