

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ART.46 E 47 D.P.R. 445/2000

MISURA DI SOSTEGNO ECONOMICO ALLE FAMIGLIE

PER ABBATTIMENTO RETTE DI FREQUENZA NIDO D'INFANZIA

Al Comune di Sarsina  
Ufficio Scuola

La/Il sottoscritto/a (Cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_/\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_ Cell 1 \_\_\_\_\_ Cell 2 \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

**CONSAPEVOLE**

ai sensi degli artt.71, 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000 delle responsabilità penali che si assume per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare le informazioni fornite;

quale genitore/tutore del minore sotto indicato:

Cognome		Nome		sesso	
				M	F
data di nascita	luogo di nascita		Nazione se nata/o fuori Italia		
frequentante	NIDO D'INFANZIA PRIVATO				

**DICHIARA (barrare la voce interessata)**

- di possedere i requisiti previsti dalla misura di sostegno economico disposta con deliberazione di G.R. n. 1706/2023 in quanto l'ISEE del mio NUCLEO FAMILIARE è pari ad € ..... - scadenza ISEE .....
- di beneficiare, per l'A.E. 2023/2024, del Bonus Nido erogato dall'INPS  
**OPPURE**
- di NON beneficiare, per l'A.E. 2023/2024, del Bonus Nido erogato dall'INPS

Con la firma apposta in calce alla presente, sottoscrive quanto sopra dichiarato e presta inoltre il proprio consenso al trattamento dei dati per le finalità e con le modalità sopra indicate.

Firma del genitore

Sarsina \_\_\_\_\_

(Se non apposta in presenza dell'operatore allegare fotocopia di un documento di riconoscimento)

*Da consegnare al Comune di Sarsina entro il 26 febbraio 2024*