

OGGETTO: ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER LA FREQUENZA AD ASILO NIDO ANNO 2024 EX L. 234/2021 ART. 1 CO. 172

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
RESIDENTE nel comune di Asigliano Veneto in via _____ n. _____
tel./cellulare _____ email _____

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio Contributo Asilo Nido 2024 per il rimborso parziale/totale dei costi sostenuti per la frequenza del/dei proprio/i figlio/i ad un servizio di Asilo Nido nell'anno 2024.

A tal fine, consapevole che ai sensi dell'art 76, comma 1, del DPR 445/2000 le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale,

DICHIARA

Che il proprio figlio _____ (*Cognome*) _____ (*Nome*)

- È in possesso della cittadinanza italiana, oppure di uno Stato dell'Unione Europea oppure, in caso di cittadino di Stato extracomunitario, permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e successive modificazioni o una delle carte di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell'Unione europea previste dagli articoli 10 e 17 del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30;
- è minore di età, essendo nato il ____/____/____ (mesi _____);
- è **residente nel Comune di Asigliano Veneto** in via _____ n _____;
- ha frequentato il servizio Asilo Nido _____ (*denominazione del centro*) di _____ (*paese*) nell'anno 2024 con:
 - iscrizione dal _____;
 - inizio frequenza dal _____;
- nell'anno 2024 ha sostenuto la seguente spesa:

MESE	RETTA DI FREQUENZA	CONTRIBUTO ASILO NIDO INPS PERCEPITO	ALTRO CONTRIBUTO ASILO NIDO PERCEPITO
GENNAIO			
FEBBRAIO			
MARZO			
APRILE			
MAGGIO			
GIUGNO			
LUGLIO			
AGOSTO			
SETTEMBRE			

MODULO INTEGRATIVO ALL'ISTANZA DI CONTRIBUTO PER LA FREQUENZA AD ASILO NIDO ANNO 2024 EX L. 234/2021 ART. 1 CO. 172

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____

CHIEDE ALTRESI'

di essere ammesso al beneficio Contributo Asilo Nido 2024 per gli ulteriori figli di seguito indicati.

2° FIGLIO _____ (**Cognome**) _____ (**Nome**) che:

- È in possesso della cittadinanza italiana, oppure di uno Stato dell'Unione europea oppure, in caso di cittadino di Stato extracomunitario, permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e successive modificazioni o una delle carte di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell'Unione europea previste dagli articoli 10 e 17 del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30;
- è minore di età, essendo nato il ____/____/____ (mesi _____);
- è **residente nel Comune di Asigliano Veneto** in via _____ n ____;
- ha frequentato il servizio Asilo Nido _____ (denominazione del centro) di _____ (paese) nell'anno 2024 con:
 - iscrizione dal _____;
 - inizio frequenza dal _____;
- nell' anno 2024 ha sostenuto la seguente spesa:

MESE	RETTA DI FREQUENZA	CONTRIBUTO ASILO NIDO INPS PERCEPITO	ALTRO CONTRIBUTO ASILO NIDO PERCEPITO
GENNAIO			
FEBBRAIO			
MARZO			
APRILE			
MAGGIO			
GIUGNO			
LUGLIO			
AGOSTO			
SETTEMBRE			
OTTOBRE			
NOVEMBRE			
DICEMBRE			
TOTALE			

Totale spesa sostenuta al netto del contributo asilo nido INPS e altri contributi similari	
---	--

3° FIGLIO _____ (Cognome) _____ (Nome) che:

- È in possesso della cittadinanza italiana, oppure di uno Stato dell'Unione europea oppure, in caso di cittadino di Stato extracomunitario, permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e successive modificazioni o una delle carte di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell'Unione europea previste dagli articoli 10 e 17 del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30;
- è minore di età, essendo nato il ____/____/____ (mesi _____);
- è **residente nel Comune di Asigliano Veneto** in via _____ n ____;
- ha frequentato il servizio Asilo Nido _____ (denominazione del centro) di _____ (paese) nell'anno 2024 con:
- iscrizione dal _____;
 - inizio frequenza dal _____;
- nell' anno 2024 ha sostenuto la seguente spesa:

MESE	RETTA DI FREQUENZA	CONTRIBUTO ASILO NIDO INPS PERCEPITO	ALTRO CONTRIBUTO ASILO NIDO PERCEPITO
GENNAIO			
FEBBRAIO			
MARZO			
APRILE			
MAGGIO			
GIUGNO			
LUGLIO			
AGOSTO			
SETTEMBRE			
OTTOBRE			
NOVEMBRE			
DICEMBRE			
TOTALE			

Totale spesa sostenuta al netto del contributo asilo nido INPS e altri contributi similari	
---	--