



Cofinanziato
dall'Unione europea



MODULO DI RICHIESTA PER ACCEDERE AL BENEFICIO

PR FSE + ABRUZZO 2021-2027

Asse 2 Obiettivo strategico 4 Obiettivo specifico F Priorità II Azione f1

EROGAZIONE COFINANZIAMENTO REGIONALE DESTINATO AL RIMBORSO, TOTALE O PARZIALE, DELLE RETTE VERSATE DAGLI UTENTI DEI NIDI D'INFANZIA COMUNALI

ANNUALITA' 2021-2022-2023

CUP C62J23000110006

**AL COMUNE DI SPOLTORE
ECAD DELL'ADS METROPOLITANO N.16**

Il sottoscritto (*generalità del richiedente*)

NOME		COGNOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
TEL. FISSO		TEL. CELLULARE	
INDIRIZZO E-MAIL			

In qualità di

- Genitore
- Tutore/Legale rappresentante del/la minore

(*generalità e dati di residenza anagrafica del/la minore*)

NOME		COGNOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
VIA/PIAZZA		N. CIVICO	
COMUNE		PROVINCIA	

CHIEDE

Di accedere al beneficio "PRFSE+ABRUZZO 2021-2027 – Obiettivo strategico 4 Obiettivo specifico F priorità II Azione F1 - EROGAZIONE COFINANZIAMENTO REGIONALE DESTINATO AL RIMBORSO, TOTALE O PARZIALE, DELLE RETTE VERSATE DAGLI UTENTI DEI NIDI D'INFANZIA COMUNALI ANNUALITA' 2021-2022-2023" e, a tal fine,

DICHIARA

(*barrare l'opzione o le opzioni di interesse*)

- che nel corso dell'anno 2021**, il minore di cui sopra ha frequentato il nido d'infanzia

_____ (indicare la denominazione del nido frequentato),
provvedendo al regolare versamento delle rette mensili di frequenza e corrispondendo il complessivo importo
di € _____ per l'anno di riferimento;

che nel corso dell'anno 2022, il minore di cui sopra ha frequentato il nido d'infanzia
_____ (indicare la denominazione del nido frequentato),
provvedendo al regolare versamento delle rette mensili di frequenza e corrispondendo il complessivo importo
di € _____ per l'anno di riferimento;

che nel corso dell'anno 2023, il minore di cui sopra ha frequentato il nido d'infanzia
_____ (indicare la denominazione del nido frequentato),
provvedendo al regolare versamento delle rette mensili di frequenza e corrispondendo il complessivo importo
di € _____ per l'anno di riferimento;

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI NON ESSERE STATO BENEFICIARIO DI ANALOGO
BENEFICIO, NEL RISPETTO DEL DIVIETO DI DOPPIO FINANZIAMENTO AI SENSI DELL'ART. 63
DEL REG(UE)N.1060/2021 (quale, ad esempio, il bonus asilo nido erogato dall'Inps) NEGLI ANNI: (Barrare
l'anno o le annualità di interesse)**

2021

2022

2023

Ovvero

DI ESSERE STATO BENEFICIARIO DI ANALOGO BENEFICIO NELLA SEGUENTE MISURA

2021 € _____

2022 € _____

2023 € _____

CHE NON HA COPERTO L'INTERA RETTA PAGATA

Dichiara, infine, di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l'art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 109, in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci rese in sede di autocertificazione.

Ai fini dell'erogazione del beneficio,

AUTORIZZA

il Comune di Spoltore, in qualità di Ecad dell'ADS Metropolitano n.16, ad effettuare il bonifico sul seguente conto corrente

(Selezionare una delle due opzioni e compilare esclusivamente il riquadro di proprio interesse)

SEZIONE DA COMPILARE SE L'INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE COINCIDE CON IL SOGGETTO RICHIEDENTE IL BENEFICIO

Ame intestato:

IntestatarioC/C: _____

Codice fiscale dell'intestatario:

Istituti di Credito: _____

