



ALL. B

CITTA' DI LENTINI
Libero Consorzio Comunale di Siracusa

Settimo Settore " Servizi Sociali"

Oggetto: istanza per sostegno del costo mensile della retta di frequenza ai servizi micro nido e assimilabili/integrativi. Anno Educativo 2025/2026

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Residente a Lentini prov. SR in Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

In qualità di _____ esercente la potestà genitoriale nei confronti del /la minore _____ nato/a _____ il _____

codicefiscale _____ Tel. _____ cell _____

CHIEDE

Per **l' anno educativo 2025/2026** di essere sostenuta per il costo della retta mensile per il servizio di:

MICRONIDO

- Istituto Suore delle Poverelle
- Coop. Soc Ad Maiora

CENTRO PER BAMBINI E FAMIGLIE

- Coop. Soc. Health & Senectus

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e di uso di atti falsi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n°445/2000 e s.m.i .

DICHIARA

- Di essere cittadino/a italiano/a o di uno Stato membro dell'Unione Europea o di una Nazione non facente parte dell'Unione Europea in possesso di regolare permesso di soggiorno;

- Di essere residente nel Comune di _____;
- Di avere un nucleo familiare di n. _____ persone;
- Di avere n. _____ figli minori a carico conviventi di età compresa tra 0 a 3 anni, anche adottati e/o in affido;
- Di avere il seguente reddito ISEE (in corso di validità) per prestazioni agevolate rivolte a minorenni.
- _____;

Altresì, dichiara che:

- Il nucleo familiare è in stato di grave bisogno socio economico segnalato e comprovato dal Servizio Sociale Professionale del Comune di residenza o da altri servizi territoriali dell'ASP;
- il proprio nucleo è mono-genitoriale per decesso, detenzione, emigrazione o altro;
- nel proprio nucleo familiare sono presenti gemelli e/o bambini in affido o adottati;
- entrambi i genitori lavorano a tempo pieno;
- nella struttura scelta di cui all'Allegato A, frequenta altro minore del proprio nucleo familiare;
- Il/la bambino/a ha una disabilità certificata;
- il proprio nucleo, residente nel Comune di Lentini, è così costituito:

Nome	Cognome	Luogo e data di nascita	Relazione di Parentela

Allega alla presente:

1. Documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia del codice fiscale del genitore che presenta la domanda;
2. (Eventuale) Documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia del codice fiscale del minore per il quale si richiede l'iscrizione ai servizi socio-educativi;
3. Dichiarazione ISEE in corso di validità del nucleo familiare per prestazioni agevolate rivolte a minorenni;
4. Eventuale documentazione comprovante requisiti di priorità.

Il/La sottoscritta dichiara, inoltre, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.P.R. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematica, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa . inoltre il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del Autorizza il Comune di Lentini al trattamento dei dati rilasciati, esclusivamente per l'espletamento delle prestazioni di cui sopra, ai sensi del D.Lgs. 196/2003;

Il dichiarante

Lentini, _____