

|  |  |
| --- | --- |
|   | **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 2020/21

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°.......

**PRESENTA RICHIESTA DI CONTRIBUTO PER IL SOSTEGNO**

**AL PAGAMENTO DELLE RETTE DI FREQUENZA ALL’ASILO NIDO PER L’ANNO 2020/21**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| che, per l’a. s. 2020/21, il bambino è iscritto al | * 1° anno
 | * 2° anno
 | * 3° anno
 |
| frequenterà il nido a partire da  | (gg/mese/anno)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | e con termine 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 (punteggio 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**

**Periodo settembre dicembre 2020: €**

**Periodo gennaio luglio 2021: €**

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 30/11/2020

Le domande dovranno pervenire ai seguenti indirizzi e-mail:

* protocollo.bellinzagolombardo@pec.it
* comune.pozzuolomartesana.mi@legalmail.it

Per informazioni e chiarimenti contattare:

* Uffici servizi sociali Bellinzago Lombardo tel. 02 95385019/20
* Assistente Sociale Dott.ssa Rita Savoca tel.329 7503372

o inviare e-mail a:

* servizisociali@unioneaddamartesana.it
* servizisociali.bellinzagolombardo@unioneaddamartesana.it
* dario.cioffi@unioneaddamartesana.it