



# COMUNE DI CASTIGLION FIORENTINO

## Provincia di Arezzo

ALLEGATO B



**COMUNE DI CASTIGLION FIORENTINO (AR)**  
**CONTRIBUTO MISURA NIDI DI QUALITA'**  
**PER FREQUENZA AI NIDI COMUNALI A.E. 2024/25**  
**DOMANDA DI AMMISSIONE AL BANDO**  
**SCADENZA DEL BANDO: 28.02.2025**  
**Dichiarazione sostitutiva a norma del D.P.R. N. 445/2000**

**Al Comune di CASTIGLION FIORENTINO (AR)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore o avente la rappresentanza della/dello bambina/o iscritta/o e frequentante, per l'a.e.2024/25 il Nido Comunale (barrare la casella corrispondente):

- PETER PAN  
 TRILLY

### CHIEDE

di partecipare al bando per l'assegnazione del contributo NIDI DI QUALITA' destinato ai bambini iscritti e frequentanti uno dei due nidi comunali presenti nel Comune di Castiglion Fiorentino **non assegnatari delle risorse regionali NIDIGRATIS.**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

### DICHIARA

GENERALITA' e RESIDENZA ANAGRAFICA DEL/LA BAMBINO/A:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_



Piazza del Municipio, 12 - 52043 Castiglion Fiorentino (AR)  
Tel. 0575 - 65641 - Fax 0575 - 680103  
<https://www.facebook.com/comunecastiglionfiorentino/?fref=ts>  
<http://www.comune.castiglionfiorentino.ar.it/>  
Pec: comune.castiglionfiorentino@legalmail.it  
Partita IVA: 0025642.051.4





# COMUNE DI CASTIGLION FIORENTINO

## Provincia di Arezzo

Codice fiscale \_\_\_\_\_

GENERALITÀ E RESIDENZA ANAGRAFICA DEL RICHIEDENTE in qualità di genitore –  
affidatario – esercente la patria potestà

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ posta elettronica \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE DICHIARA, altresì:

- di non beneficiare della misura regionale denominata NIDIGRATIS
- di essere in possesso di una certificazione ISEE (barrare la casella corrispondente):
  - ISEE < euro 50.000,00
  - ISEE > EURO 50.000,00 (O NON AVERLO PRESENTATO)
- di aver preso visione del bando denominato NIDI DI QUALITA'
- di essere a conoscenza che per le famiglie con ISEE inferiore ad €50.000,00, la misura del rimborso sarà pari al 30% del costo effettivamente sostenuto al netto dal contributo INPS Bonus Nido e per le famiglie con ISEE superiore ad €50.000,00 o che non hanno presentato ISEE il rimborso sarà pari al 20% del costo effettivamente sostenuto al netto dal contributo INPS Bonus Nido
- di pagare una retta mensile pari ad euro \_\_\_\_\_
- di pagare regolarmente le fatture emesse mensilmente dalla Cooperativa che gestisce i nidi comunali;
- di percepire un rimborso mensile relativo al contributo asilo nido INPS pari ad euro \_\_\_\_\_
- di richiedere il contributo NIDI DI QUALITA' per le seguenti mensilità (barrare la casella corrispondente):



Piazza del Municipio, 12 - 52043 Castiglion Fiorentino (AR)  
Tel. 0575 - 65641 - Fax 0575 - 680103  
<https://www.facebook.com/comunecastiglionfiorentino/?fref=ts>  
<http://www.comune.castiglionfiorentino.ar.it/>  
Pec: [comune.castiglionfiorentino@legalmail.it](mailto:comune.castiglionfiorentino@legalmail.it)  
Partita IVA: 0025642.051.4





# COMUNE DI CASTIGLION FIORENTINO

## Provincia di Arezzo

- SETTEMBRE 2024
- OTTOBRE 2024
- NOVEMBRE 2024
- DICEMBRE 2024
- GENNAIO 2025
- FEBBRAIO 2025
- MARZO 2025
- APRILE 2025
- MAGGIO 2025
- GIUGNO 2025
- LUGLIO 2025

- di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti;

- di essere stato informato sul trattamento dei dati, ai sensi dell'art. 13 dal Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR General Data Protection Regulation), come previsto dall'avviso NIDI DI QUALITA';

- di comunicare qualsiasi variazione relativamente ai dati sopra dichiarati.

Il sottoscritto richiede che, in caso di assegnazione del contributo NIDI DI QUALITA' il pagamento del relativo importo, avvenga tramite la seguente modalità:

- Accredito su c/c bancario
- Accredito su c/c postale

(indicare le coordinate del conto)

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Indirizzo presso cui recapitare la corrispondenza (se diverso dalla residenza anagrafica)

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA

N.B. ALLEGARE UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'



Piazza del Municipio, 12 - 52043 Castiglion Fiorentino (AR)  
Tel. 0575 - 65641 - Fax 0575 - 680103  
<https://www.facebook.com/comunecastiglionfiorentino/?fref=ts>  
<http://www.comune.castiglionfiorentino.ar.it/>  
Pec: [comune.castiglionfiorentino@legalmail.it](mailto:comune.castiglionfiorentino@legalmail.it)  
Partita IVA: 0025642.051.4

