

MODULO DI RICHIESTA PER ACCEDERE AL BENEFICIO

PR FSE+ABRUZZO2021-2027
OBIETTIVO “INVESTIMENTI A FAVORE DELL'OCCUPAZIONE E DELLA CRESCITA” –
OBIETTIVO STRATEGICO 4 “EUROPA PIÙ SOCIALE” - OBIETTIVO SPECIFICO f- PRIORITÀ II –
AZIONE f1
“SISTEMA INTEGRATO DI EDUCAZIONE E DI ISTRUZIONE PER I BAMBINI FINO A 6 ANNI”
CUP C31I25000750006
Erogazione cofinanziamento regionale destinato al rimborso,
totale o parziale, delle rette scolastiche e dei costi sostenuti per il servizio mensa
dalle famiglie degli allievi delle strutture pubbliche
Annualità 2024 e 2025

AL COMUNE DI VASTO
ECAD DELL'ADS VASTESE N. 07

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 scolastiche
e/o dei costi sostenuti per il servizio mensa
dalle famiglie degli allievi delle strutture pubbliche
Annualità 2024 e 2025

a tal fine,

DICHIARA

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

- ☐ **che nel corso dell'anno 2024**, il minore di cui sopra ha frequentato **la struttura educativa pubblica, sia a gestione diretta che a gestione indiretta**

_____ (indicare la denominazione della struttura frequentata), provvedendo al regolare versamento

- ☐ delle rette mensili di frequenza
☐ dei costi per il servizio mensa

corrispondendo il complessivo importo di € _____ per l'anno di riferimento;

- ☐ **che nel corso dell'anno 2025**, il minore di cui sopra ha frequentato **la struttura educativa pubblica, sia a gestione diretta che a gestione indiretta**

_____ (indicare la denominazione della struttura frequentata), provvedendo al regolare versamento

- ☐ delle rette mensili di frequenza
☐ dei costi per il servizio mensa

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)

☐2024

☐2025

Ovvero

DI ESSERE STATO BENEFICIARIO DI ANALOGO BENEFICIO NELLA SEGUENTE MISURA

☐2024 € _____

☐2025 € _____

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 Vasto, in qualità di Ecad dell'ADS Vastese n. 07, 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

☐ **A me** intestato:

