

Al Comune di Ficarazzi (PA)

Ufficio Pubblica Istruzione

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI VOUCHER ASILI NIDO / MICROASILI E SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA ASSIMILABILI AI SENSI DEL D.LGS. 65/2017;

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

in qualità di:  genitore  tutore

CHIEDE

l'assegnazione del voucher per il pagamento della retta relativa alla frequenza del servizio:

Asilo nido/ Microasilo

Servizio assimilabile (D.Lgs. 65/2017)

DATI DEL MINORE

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

STRUTTURA FREQUENTATA

Denominazione: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

Retta mensile: € \_\_\_\_\_

Sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia;

DICHIARA

di non beneficiare di altri contributi per le medesime finalità e per lo stesso minore e periodo;  
di essere a conoscenza delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

ALLEGATI

Documento di identità

Attestazione ISEE

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_