**Allegato 2**

**All’Ambito Territoriale di Cerignola**

**Ufficio di Piano**

**P.zza della Repubblica**

**CERIGNOLA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore o tutore del/la bambino/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presa visione dell’avviso e dell’allegato elenco delle strutture individuate dal Comune di Cerignola,

# CHIEDE DI PARTECIPARE ALL’AVVISO PUBBLICO

**FINALIZZATO AL SOSTEGNO DELL'OFFERTA DI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA**

**(3-36 MESI) - A.E. 2023/2024 – FONDO DI SOLIDARIETA’COMUNALE (FSC) PER IL POTENZIAMENTO DEL SERVIZIO DEGLI ASILI NIDO ATTRAVERSO L'ACQUISTO DI POSTI-BAMBINO**

***Sostegno dell'offerta di servizi educativi per la prima infanzia accreditati pubblici non comunali e privati accreditati, attraverso l'acquisto di posti-bambino da parte delle amministrazioni mediante convenzionamento con le strutture educative.***

**DICHIARANDO A TAL FINE QUANTO SEGUE:**

* di voler procedere all’iscrizione del bambino al seguente Nido d’Infanzia **(indicare una tra le strutture riportate nell’elenco allegato all’avviso):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* data presunta di inizio iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# DICHIARA INOLTRE

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci ricorrono le sanzioni penali e la decadenza dai benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell’art. 75 dello stesso D.P.R., quanto segue:

* 1. **che il bambino per cui si richiede il contributo è**:
		+ disabile (allegare certificazione)
		+ segnalato dal Servizio Sociale, dal Servizio di Igiene Mentale o altri servizi socio-
		+ sanitari (allegare certificazione)
	2. **di essere nella seguente condizione familiare e/o di stato civile:**
		+ ragazza madre (madre di figlio non riconosciuto dall’altro genitore)
		+ vedova/o
		+ separata/divorziata/o

**(deve essere allegato atto o sentenza dal quale risultino tali condizioni)**

* 1. **di essere nella seguente condizione lavorativa**:
		+ entrambi i genitori lavorano a tempo pieno
		+ un genitore lavora a tempo pieno e l’altro part-time
		+ entrambi i genitori lavorano part-time
		+ un genitore lavoratore e l’altro non occupato
	2. **barrare solo in caso affermativo**
* presenza nel nucleo familiare di soggetti con grado di invalidità oltre il 75% di soggetti affetti da malattie gravi che rientrano nelle fattispecie previste dell’art. 2 comma uno lettera d2), d3), d4) del D.M. 21.07.2000 n. 278 e successive modifiche e soggetti con L. 104/92 art. 3 comma 3 (allegare certificazione)
	1. **che nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti ulteriori figli**:
		+ nessuno
		+ n. figli fino a 3 anni di età
		+ n. figli fra i 3 e un giorno ed i 7 anni di età compiuti
		+ n. figli fra i 7 e un giorno ed i 14 anni di età compiuti
	2. Che **l’attestazione ISEE** in corso di validità, per prestazioni agevolate rivolte a minorenni è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a DICHIARA altresì:**

- di essere a conoscenza e di accettare tutte le disposizioni contenute nell’avviso approvato con DD. n. 108/Amb del 09.10.2023.

Data

Firma richiedente

Autorizzazione al trattamento dati privacy ex Regolamento UE 2016/679

Firma richiedente

(**Allegare copia del documento di identità in corso di validità ed attestazione ISEE per prestazioni agevolate rivolte a minorenni in corso di validità)**