

COMUNE DI CAVARIA CON PREMEZZO

ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: domanda riduzione retta scuola per l'infanzia

Il/La sottoscritto/a	
Residente in	
Codice fiscale	
Genitore del/della minore	
Telefono e/o Cellulare	
E-mail	

Frequentante la scuola per l'infanzia "Don Figini" di Premezzo

Frequentante la scuola per l'infanzia "L.Filiberti" di Cavaria

CHIEDE

Che il/la proprio figlio/a possa usufruire della riduzione retta per la frequenza alla scuola per l'infanzia per l'anno scolastico _____

Alla Presente richiesta viene allegata:

Dichiarazione sostitutiva	
Ricevuta pagamento iscrizione	
Altro da specificare:	

In caso di dichiarazione sostitutiva scadente durante l'anno scolastico il sottoscritto si impegna a presentare il relativo aggiornamento almeno 15 giorni prima della scadenza stessa, pena la decadenza del beneficio.

IL DICHIARANTE

Il beneficiario sig./sig.ra _____ da il consenso a trattare i dati sensibili, così come indicato dal Dlg. 196/2003, sempre nei limiti delle finalità istituzionali riguardanti i servizi e gli interventi richiesti.

IL DICHIARANTE

N.B.: Compilare il modulo per ogni figlio

N.B. Si precisa che da gennaio 2015 è entrata in vigore la nuova certificazione ISEE. Per ogni richiesta di prestazione agevolata è necessario allegare la nuova certificazione anche se l'ISEE precedente non è ancora scaduto.

ATTESTAZIONE ISEE

(Indicatore della Situazione Economica Equivalente)

L'INPS attesta che, in base ai dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Consapevole che in caso di falsa dichiarazione incorrerà in sanzioni penali e nella decadenza dei benefici eventualmente ottenuti.

DICHIARA

- che il nucleo familiare del Dichiarante è così composto:

NUCLEO FAMILIARE DEL DICHIARANTE	Relazione con il dichiarante	Cognome	Nome	Codice fiscale

- è stato calcolato il seguente indicatore:

ISEE ORDINARIO	L'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è il seguente: Euro _____
---------------------------	---

Nota bene: l'ISEE ordinario sopra riportato è valido per la generalità delle prestazioni, salvo quanto in seguito specificato.

Ove siano richieste **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria** (di cui all'art. 6 del DPCM 5/12/2013, n159), **prestazioni agevolate rivolte a minorenni** (art.7), **prestazioni per il diritto allo studio universitario** (art.8), o **l'ISEE corrente** (art.9), l'attestazione potrà assumere specifiche connotazioni. Per tali prestazioni, con riferimento al nucleo familiare sopra indicato, **l'ISEE ordinario** potrà essere utilizzato nei seguenti casi:

- si applica alle **PRESTAZIONI AGEVOLATE RIVOLTE A MINORENNI**
- non si applica alle **PRESTAZIONI AGEVOLATE PER IL DIRITTO ALLO STUDIO UNIVERSITARIO**
- non si applica alle **PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI PER PERSONE MAGGIORENNI**

L'ISEE ordinario si applica inoltre alle **prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non residenziali per persone maggiorenni e ai corsi di dottorato**, qualora non si intenda avvalersi della facoltà di considerare un nucleo familiare ristretto (composto dal beneficiario, dall'eventuale coniuge e dagli eventuali figli).

--	--	--	--	--	--

PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI PER PERSONE MAGGIORENNI	COMPONENTI IL NUCLEO				
	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	ISEE	ISEE CALCOLATO

Dichiara altresì di essere informato che questa P.A. può utilizzare i dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente nell'ambito e per fini propri della P.A. stessa.
Letto, confermato e sottoscritto.

,li

IL DICHIARANTE

Si allega fotocopia documento d'identità