

**CITTA' DI CEPAGATTI**

Via R. D'Ortenzio, 4 – 65012 Cepagatti (PE)

[www.comune.cepagatti.pe.it](http://www.comune.cepagatti.pe.it)**Servizio 1° Affari Generali – Vice Segreteria – Ragioneria – Sviluppo Economico – Personale – Politiche Sociali**Alla Responsabile dei Servizi Sociali  
Comune di Cepagatti**FONDO SOLIDARIETA' COMUNALE – ANNUALITA' 2025 (Gennaio – Dicembre) – AGEVOLAZIONI SPESE SOSTENUTE DALLE FAMIGLIE FREQUENTANTI NIDI, MICRO-NIDI E SEZIONI PRIMAVERA, PUBBLICI O PRIVATI, AUTORIZZATI E/O ACCREDITATI – SCADENZA IL 30/01/2026****Generalità richiedente/genitore/tutore**

Cognome										Nome									
Luogo di nascita										Data nascita									
Codice fiscale																			
Via/piazza										n. civico					Tel.				
Comune										CAP					Prov.				

**Generalità del minore**

Cognome										Nome									
Luogo di nascita										Data nascita									
Codice fiscale																			
Via/piazza										n. civico					Tel.				
Comune										CAP					Prov.				

*(compilare una domanda per ciascun figlio per il quale si richiede il contributo)*

iscritto presso il seguente Servizio Educativo Accreditato e/o autorizzato al funzionamento

\_\_\_\_\_ (indicare nome e tipologia)

pubblico ☐ privato ☐

estremi atto di accreditamento e/o autorizzazione al funzionamento \_\_\_\_\_ emesso da

\_\_\_\_\_, secondo quanto disposto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.

935/2011 e successive modifiche ed integrazioni, sito a \_\_\_\_\_ Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_.

**CHIEDE**

Di essere ammesso a fruire dei fondi destinati ad incrementare il numero dei posti nei servizi educativi per l'infanzia

**DICHIARA**

(dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/ n. 445)

di possedere i seguenti requisiti (*barrare le caselle interessate*)

- ☐ di avere la Cittadinanza Italiana o comunitaria o extracomunitaria con possesso di regolare permesso di soggiorno;
- ☐ di essere residente nel comune di Cepagatti;
- ☐ la presenza nel nucleo familiare anagrafico del richiedente di minori compresi nella fascia di età 3-36 mesi;
- ☐ di richiedere il presente contributo per la quota di spesa sostenuta nell'anno solare 2025, **non coperta da analoga forma di contributo/rimborso spese erogato da altro ente (es. Inps);**
- ☐ che la spesa totale sostenuta per i mesi di \_\_\_\_\_ 2025  
ammonta ad € \_\_\_\_\_ (indicare dettaglio nella tabella sottostante);

[illegible]

- ☐ di aver percepito contributo INPS per le medesime finalità nel 2025      ☐ SI      ☐ NO e che il contributo attribuito dall'INPS ammonta ad € \_\_\_\_\_ totali nell'anno 2025 (indicare dettaglio nella tabella sottostante);

[illegible]

- ☐ 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;
- ☐ di comunicare tempestivamente eventuali cambi di indirizzo;

- ☐ dichiara che il beneficio dovrà essere accreditato sul proprio conto corrente bancario/postale:

Banca

Filiale/Agenzia

[illegible]

**ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE (OBBLIGATORIA)**

- ☐ copia documento identità e di permesso di soggiorno per i cittadini extracomunitari;
- ☐ copia delle fatture del Servizio Educativo già pagate per l'anno solare 2025;
- ☐ copia della comunicazione dell'INPS di attribuzione fondi per le medesime finalità riferita all'anno solare 2025 con indicazione degli importi attribuiti;
- ☐ attestazione ISEE 2025 che non presenti difformità.

**Data:**

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