

**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);

SPESE SOSTENUTE NEL 2025 (inserire importo della fattura da allegare in copia)												
GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	SPESA TOT

- 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);

CONTRIBUTI INPS RICEVUTI NEL 2025 (inserire importo delle comunicazioni INPS da allegare in copia)												
GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	CONTRIBUTO INPS TOT

- 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 \_\_\_\_\_

Codice IBAN												
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**ALLEGÀ 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: \_\_\_\_\_