



COMUNE DI BUDONI
Provincia Sassari
SETTORE SERVIZI AL CITTADINO

SERVIZI SOCIALI

Telefono 0784/032200 e-mail: servizisociali@comune.budoni.ot.it
.PiazzaGiubileo, 1 - 07051 Budoni (SS).

**Al Responsabile del Settore Politiche Scolastiche e Sociali
Comune di Budoni
P.zza Giubileo n. 1
07051 Budoni**

OGGETTO: “Bonus Nidi Gratis”. Modulo di riconferma dell’interesse al beneficio per il 2° semestre 2025.

(di cui alla DGR n. 14/24 del 29/04/2022)

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

SCADENZA: ORE 13:00 DEL 20/02/2026

La/il Sottoscritta/o _____ nato a _____
_____ il _____, residente a _____, in Via/Piazza
_____ n° _____, CF: _____, cell./tel.
_____, doc. di riconoscimento: tipo
n° _____ rilasciato il

_____,
e-mail/pec

In qualità di genitore di _____, nato a _____ il
_____, regolarmente _____ iscritta/o
presso: _____

RICHIEDE
**di poter beneficiare del “Bonus Nidi gratis” di cui alla L. R. n. 20/2019 art. 4, comma 8, lettera
a) e ai sensi delle linee guida regionali approvate con deliberazione della G.R. n. 14/24 del
29/04/2022.**

A TAL FINE, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

- 1) Di aver presentato istanza finalizzata ad ottenere il contributo per l'abbattimento della retta per la frequenza in nidi e micronidi pubblici o privati di cui alla misura “Nidi Gratis ai sensi dell'art.4 comma 8 della Legge Regionale 20/2019” per il 2° semestre 2025;
- 2) Di essere interessato al mantenimento del diritto al beneficio anche per il 2° semestre 2025;
- 3) Di aver sostenuto le seguenti spese per il pagamento delle rette mensili per il periodo Luglio – Dicembre 2025 e di aver ricevuto il contributo Bonus Nidi Inps;

OPPURE

di non possedere ancora l'attestazione di ammissione al BONUS INPS per le seguenti motivazioni _____

- 4) di aver versato le seguenti quote di contribuzione:

luglio € _____; agosto € _____; settembre € _____;

ottobre € _____; novembre € _____; dicembre € _____;

- 5) di aver ricevuto le seguenti quote di contribuzione dal Bonus Nidi Inps:

luglio € _____; agosto € _____; settembre € _____;

ottobre € _____; novembre € _____; dicembre € _____;

(N.B.: Sono rimborsabili i costi dei servizi riferiti al periodo compreso tra Luglio e Dicembre 2025 per un massimo di 6 mensilità)

Allega alla presente istanza (obbligatorio pena esclusione):

- documento copia documento di riconoscimento

CHIEDE INOLTRE

che il pagamento delle somme relative alla Misura Nidi gratis, sia effettuato nel modo seguente:

Carta prepagata a me intestata e/o cointestata a

CODICE IBAN

Accredo sul C.C. Bancario a me intestato e/o cointestato a

CODICE IBAN

DICHIARO ALTRESI'

di comunicare qualsiasi variazione dovesse intervenire nella situazione certificata entro trenta giorni dell'avvenuto cambiamento.

Luogo/data

La/Il dichiarante

INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 16/679 "GDPR"

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n.679 del 2016, la informiamo che il trattamento dei dati personali, anche particolari, forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. L'eventuale rifiuto di conferire i dati o di prestare il consenso al trattamento comporta l'impossibilità di erogare il servizio.