|  |  |
| --- | --- |
| Comune di Rimini  **Modulo di domanda contributo per la frequenza di**  **Centri Estivi per alunni delle Scuole Infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado Giugno/Settembre 2018** | |
|  | Ricevuto dall’ufficio |
| Pratica n° |
| Consegnata il |

\_l\_\_ sottoscritto/a cognome nome \_

nato/a \_ il residente a Via

\_ n.

CAP

e-mail \_

\_ (E' facoltà per i cittadini di indicare un proprio indirizzo di posta elettronica



cui la Pubblica Amministrazione potrà indirizzare le proprie comunicazioni.)

Cellulare genitore dichiarante (al quale verranno trasmesse le comunicazioni SMS) \_\_ \_

Cellulare altro genitore \_ \_

In qualità di esercente la responsabilità genitoriale

# Chiede il contributo per la frequenza del minore

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| nato/a | il | residente a |  |
| via |  | n° | cap |

|  |  |
| --- | --- |
| **Richiesta Contributo** | *Massimo 3 settimane: indicare il periodo di frequenza*  *dal al* |
| Centro estivo Retta totale che pagherò € Inclusi i pasti *SI NO* |

A tal fine, consapevole delle responsabilità civili, amministrative e penali conseguenti alla non veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese in autocertificazione *(articoli 75 e 76 del T.U. DPR n.445 del 28/12/2000)*:

**DICHIARA CHE**

barrare la voce che si intende dichiarare (ai sensi degli articoli 46 e 47 del T.U. DPR n. 445 del 28.12.2000)

# La situazione occupazionale dei genitori è la seguente:

|  |  |
| --- | --- |
| **OCCUPAZIONE PADRE** *(o chi ne fa le veci)* | **OCCUPAZIONE MADRE** *(o chi ne fa le veci)* |
| B1. DIPENDENTE  # DIPENDENTE  (\*) Dal al  B2. AUTONOMO O ASSOCIATO  # AUTONOMO O ASSOCIATO  (indicare Partita IVA………………..………….)  B3. OGNI ALTRA TIPOLOGIA LAVORATIVA  # Parasubordinato # Cassa integrazione # Mobilità  # Disoccupato partecipante a misure di politica attiva del lavoro definite dal patto di servizio | B1. DIPENDENTE  # DIPENDENTE  (\*) Dal al  B2. AUTONOMO O ASSOCIATO  # AUTONOMO O ASSOCIATO  (indicare Partita IVA………………..………….)  B3. OGNI ALTRA TIPOLOGIA LAVORATIVA  # Parasubordinato # Cassa integrazione # Mobilità  # Disoccupato partecipante a misure di politica attiva del lavoro definite dal patto di servizio |
| **DATORE DI LAVORO :** \_\_ \_\_  Ditta o Ente \_ \_\_. Indirizzo (Via, n, citta’) \_ \_\_ | **DATORE DI LAVORO :** \_\_ \_\_  Ditta o Ente \_ \_\_. Indirizzo (Via, n, citta’) \_ \_\_ |

*(\*) indicare il periodo solo nel caso di lavoro a tempo determinato*

**ISEE VALIDO PER IL 2018 (ISEE MINORENNI - Art. 7 D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159)**

***VALORE ISEE € \_ \_ \_***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAESE** | | **CIN**  **EU** | | **CI**  **N** | **ABI** | | | | | **CAB** | | | | | **C/C** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# N.B. I dati contenuti nell’autocertificazione, forniti sotto la personale responsabilità del dichiarante, devono essere riferiti alla data di compilazione della presente

**Si dichiara che:**

il minore non beneficia di altri contributi pubblici per la frequenza di Centri Estivi nell’estate 2018;

il **genitore beneficiario** del contributo, al quale saranno intestate le fatture dal gestore del servizio, è

\_ \_ , titolare del seguente IBAN :

In caso di omessa compilazione del campo IBAN, verrà emesso mandato di pagamento al tesoriere,

riscuotibile presso gli sportelli bancari UNICREDIT Spa.

L’Amministrazione Comunale provvederà a verificare quanto dichiarato **(**art. 71 e seguenti del DPR n. 445 del 28.12.2000).

Qualora la dichiarazione non risultasse veritiera, i dichiaranti decadono dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, art. 75 DPR 445 del 28.12.2000, (esclusione dalla graduatoria) ed è soggetto alle sanzioni penali previste dall’art. 76 DPR 445/2000.

Data\_ \_

**\_**

Firma del dichiarante

# Si allega copia del documento d’identità del dichiarante