



**Domanda per concorrere all'assegnazione dei buoni servizio  
“Progetti di conciliazione vita familiare- vita lavorativa “ rivolti ai servizi educativi per la  
prima infanzia (3-36 mesi) a.e. 2014/2015.**

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

madre del/la bambino/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI CONCORRERE ALL'ASSEGNAZIONE DI BUONI SERVIZIO DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICATO DALLA REGIONE TOSCANA PER LA REALIZZAZIONE DI “PROGETTI DI CONCILIAZIONE VITA FAMILIARE – VITA LAVORATIVA” DA UTILIZZARE PRESSO I SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA PUBBLICI/PRIVATI ACCREDITATI E CONVENZIONATI (FASCIA DI ETÀ 3-36 MESI) – ANNO EDUCATIVO 2014/2015**

A tal fine consapevole che in caso di mendacio, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del medesimo decreto, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000

**DICHIARA:**

**Nome e Cognome del/della bambino/a:** \_\_\_\_\_

**Nazionalità:** \_\_\_\_\_ **Nato/a a (Comune di nascita):** \_\_\_\_\_

**Prov. \_\_\_\_\_ il (obbligatorio):** \_\_\_\_\_ **CF:** \_\_\_\_\_

**Residenza (della famiglia) a:** \_\_\_\_\_ **Provincia:** \_\_\_\_\_

**Via/Piazza:** \_\_\_\_\_ **CAP** \_\_\_\_\_

**Domicilio (della famiglia) (da compilarsi solo se diverso dalla residenza):** \_\_\_\_\_

**Tel.** \_\_\_\_\_ **Cell.** \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

**In lista d'attesa presso il Comune di SCANDICCI**

**Tipologia di servizio per il quale viene richiesto il buono servizio**

☐ *Nido d'infanzia* Denominazione servizio \_\_\_\_\_

Indirizzo del servizio \_\_\_\_\_

☐ *Spazio gioco* Denominazione servizio \_\_\_\_\_

Indirizzo del servizio \_\_\_\_\_

☐ *Servizio educativo in contesto domiciliare* Denominazione servizio \_\_\_\_\_  
Indirizzo del servizio \_\_\_\_\_

☐ di non aver presentato domanda di buoni servizio relativa all'anno 2014/2015 in altri Comuni;

☐ di non essere beneficiaria di altri rimborsi o sovvenzioni economiche o azioni di supporto dirette e/o indirette erogate allo stesso titolo

**oppure**

☐ di essere beneficiaria di altri rimborsi o sovvenzioni economiche o azioni di supporto dirette e/o indirette erogate allo stesso titolo per l'importo di \_\_\_\_\_

### Scheda Previsione Finanziaria Buono servizio

#### Dettaglio dei costi dichiarati:

La tariffa non è comprensiva dei pasti ☐

La tariffa è comprensiva dei pasti ☐

Nome e cognome del/la bambino/a	Data di nascita	Data effettiva di inizio frequenza	n. giorni settimanali di iscrizione	Orario giornaliero	Tariffa mensile dovuta	Totale mesi	Totale spesa a.e. 2014/2015 escluso spese iscrizione
			<input type="checkbox"/> Cinque <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Indicare: fascia oraria: _____  e n° ore: _____			

**Eventuali note da porre all'attenzione dei soggetti che opereranno l'istruttoria:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La sottoscritta allega:

- ☐ Dichiarazione del legale rappresentante del servizio accreditato
- ☐ Dichiarazione del valore I.S.E.E. relativa alla situazione economica dell'anno 2013
- ☐ Copia del documento di identità

**La sottoscritta dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi del DPR n. 445/2000, spetta all'Amministrazione Comunale procedere ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, e che nel caso dal controllo emerga che il contenuto delle autodichiarazioni non sia vero o che i documenti presentati siano falsi, la stessa provvederà a denunciare il fatto all'Autorità Giudiziaria.**

Data \_\_\_\_\_

Firma della Richiedente

\_\_\_\_\_

Autorizzazione al trattamento dati privacy ex T.U. 196/2003  
**Firma del Funzionario Responsabile del Comune per P.V.**

\_\_\_\_\_