



**COMUNE DI
VIGONOVO**

DOMANDA DI BUONO INFANZIA Anno Scolastico 2024/2025

RIQUADRO A

Io sottoscritto/a

Nato a il e residente a Vigonovo (VE) in
Via..... n..... Tel..... in qualità di
genitore..... del/la bambino/a.....

nato/ail frequentante la classe dei:
 piccoli - medi - grandi

e del secondo figlio
nato/ail frequentante la classe dei:
 piccoli - medi - grandi

presso la Scuola dell'Infanzia di:

VIGONOVO GALTA TOMBELLE _____

con la retta pari ad € _____ e per il secondo figlio pari ad € _____

con la presente chiedo di ottenere il **BUONO INFANZIA 3-6 ANNI** per le spese di frequenza del figlio/a alla scuola dell'infanzia presso le strutture aderenti all'iniziativa consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000 e consapevole del fatto che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante perderà i benefici ottenuti con il provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000,

sotto la mia responsabilità dichiaro:

RIQUADRO B

che il/la bambino/a è residente a Vigonovo in via n.

Con entrambi i genitori Con (specificare)

DATI DEL PADRE: Cognome e nome..... nato
a..... il

occupato reddito mensile € _____ non occupato

DATI DELLA MADRE: Cognome e nome.....nata
a..... il

occupato reddito mensile € _____ non occupato

N. fratelli _____

Dichiaro che il valore dell'**ISEE - redditi 2022** - **ordinario** - **minorenni** è pari ad
€ come risulta dall'attestazione dell'INPS rilasciata il

RESIDENTE A VIGONOVO DAL _____ Punteggio_____

IMPORTO MENSILE DELL'ASSEGNO UNICO € _____

Dichiaro, ai sensi D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, di essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti:

RIQUADRO C

CONDIZIONI INTEGRATIVE	Indicare con una x il requisito posseduto	Punteggio
Minore riconosciuto da un solo genitore, nucleo monogenitoriale		20
Temporanea difficoltà economica risolvibile nel breve/medio termine per gravi spese mediche e/o perdita del lavoro – specificare _____		20
Genitore in possesso di certificazione di svantaggio sociale ai sensi L. 381/91;		10
Famiglia con tre o più figli a carico		10+ — —
Presenza di componente con handicap psicofisico permanente di cui all'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o di invalidità superiore al 66 %		10
Progetto sociale a tutela del minore		30

RIQUADRO D

SPESE PER L'ABITAZIONE
<input type="checkbox"/> AFFITTO canone mensile € _____
<input type="checkbox"/> MUTUO rata mensile € _____

- Di essere informato che il conferimento dei dati personali contenuti nella presente comunicazione è di natura obbligatoria e che i dati potranno essere trattati da parte del Comune esclusivamente per il procedimento per il quale sono stati richiesti nel rispetto del regolamento Ue 2016/679 (Tutela della privacy).

ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DI CHI SOTTOSCRIVE LA DOMANDA E DELLA CERTIFICAZIONE ISEE ordinario o minorenni

_____ Firma

<p>Il sottoscritto _____ genitore del minore _____ Con la presente si impegna a versare mensilmente alla Scuola dell'Infanzia _____ la quota derivante dalla differenza tra la retta definita dalla scuola ed il valore del buono infanzia mensile. Il mancato rispetto di tale impegno comporta la restituzione all'Amministrazione Comunale di tutti i buoni ricevuti e l'esclusione dalla concessione in futuro di Buoni Infanzia.</p> <p style="text-align: right;">_____ FIRMA</p> <p>PUNTEGGIO TOTALE _____</p>
--