



# COMUNE DI SARDARA

## PROVINCIA SUD SARDEGNA

Piazza Gramsci, 1 - 09030 SARDARA  
Tel. 070 93450201 - Fax. 070 9386111 - Sito istituzionale [www.comune.sardara.vs.it](http://www.comune.sardara.vs.it)  
Ufficio Servizi Sociali:  
Tel. 0709387105  
E mail [servizi.sociali@comune.sardara.vs.it](mailto:servizi.sociali@comune.sardara.vs.it)  
PEC [servizi.sociali@pec.comune.sardara.vs.it](mailto:servizi.sociali@pec.comune.sardara.vs.it)

Al Comune di Sardara  
Uffici Servizi Sociali

**OGGETTO: ISTANZA D'ACCESSO ALLA MISURA "BONUS NIDI GRATIS" (DGR N. 21/19 del 22/06/2023)- SECONDO PERIODO 2023 (AGOSTO-DICEMBRE 2023).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore di (Nome e Cognome minore) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di poter essere ammesso al beneficio "Bonus Nidi Gratis"

A tal fine, sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dall'eventuale beneficio e andrà incontro a sanzioni penali, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del decreto citato

### DICHIARA

CHE il proprio nucleo familiare, secondo l'iscrizione ai registri anagrafici comunali, è così composto oltre al dichiarante:

Cognome Nome	Relazione di parentela	Luogo e data di nascita

- Di aver presentato all'Inps, l'ISEE calcolato ai sensi dell'art. 7 del D.P.C.M. n. 159/2013, per le prestazioni rivolte ai minorenni nel nucleo familiare. L'indicatore che verrà preso a riferimento per il calcolo dell'importo della prestazione spettante è quello del minore relativamente al quale è stato richiesto il beneficio;

- Di aver presentato la domanda Bonus Nidi Inps (di cui all'art. 1, comma 355, legge 11 dicembre 2016, n. 232) dalle cui risultanze sia rilevabile l'effettiva idoneità e l'ammontare del bonus suddetto per il periodo Agosto-Dicembre 2023;

-Che il proprio figlio/a frequenta per l'anno educativo 2023 un nido e/o micronido pubblico o privato acquistato o non acquistato in convenzione dal Comune di Sardara (specificare tipologia, nome e indirizzo della struttura):

di aver già presentato istanza d'accesso alla misura per il primo periodo anno 2023;

**SI ALLEGA**

1. Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
2. Certificazione attestante la presentazione della domanda “Bonus Asilo Nido Inps” da cui sia rilevabile l’effettiva idoneità e l’ammontare del bonus per il periodo Agosto-Dicembre 2023;
3. Attestazione ISEE 2023 calcolato ai sensi dell’art. 7 del D.P.C.M. n. 159/2013 (ISEE per prestazioni da erogarsi a persone minorenni) (SOLO SE SI PRESENTA ISTANZA PER LA PRIMA VOLTA PER L’ANNO 2023);
4. Fotocopia del codice IBAN del conto o carta rilasciata dall’Istituto su cui accreditare l’eventuale contributo.

DICHIARA DI AVER PRESO COMPLETA VISIONE DEL BANDO E DI ACCETTARNE TUTTE LE DISPOSIZIONI.

SARDARA, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante \_\_\_\_\_

# COMUNE DI SARDARA

## PROVINCIA SUD SARDEGNA

Piazza Gramsci, 1 - 09030 SARDARA  
Tel. 070 93450201 - Fax. 070 9386111 - Sito istituzionale [www.comune.sardara.vs.it](http://www.comune.sardara.vs.it)  
Ufficio Servizi Sociali:  
Tel. 0709387105  
E mail [servizi.sociali@comune.sardara.vs.it](mailto:servizi.sociali@comune.sardara.vs.it)  
PEC [servizi.sociali@pec.comune.sardara.vs.it](mailto:servizi.sociali@pec.comune.sardara.vs.it)



### AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore di (Nome e Cognome minore) \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

#### DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi dichiarazioni nonveritiere, di formazione o uso di atti falsi.

CHE la situazione pagamento/rimborsi è la seguente:

Mese	Tipologia servizio	Importo retta versato	Importo rimborsato dall'INPS quale "Bonus Asilo Nido"
AGOSTO 2023			
SETTEMBRE 2023			
OTTOBRE 2023			
NOVEMBRE 2023			
DICEMBRE 2023			

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_