

Comune di Sestu Città Metropolitana di Cagliari <b>SETTORE AFFARI GENERALI, ORGANI ISTITUZIONALI,          APPALTI E CONTRATTI, POLITICHE SOCIALI</b> Tel. 070 2360227 – 070 2360213 PEC: <a href="mailto:protocollo.sestu@pec.it">protocollo.sestu@pec.it</a>	Alla Responsabile del Servizio Politiche Sociali  COMUNE DI SESTU
--	--

**OGGETTO: “Bonus nidi gratis” – Modulo di riconferma dell’interesse al beneficio per il secondo PERIODO - LUGLIO/DICEMBRE 2022 (scadenza 16.12.22)**

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in  
 Via/piazza/località \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F.: \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_  
 e  
 \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
 \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in  
 Via/piazza/località \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, C.F.: \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ e-mail/pec \_\_\_\_\_

in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale sul minore: \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_,  
 frequentante nell’anno 2022 il nido/micronido pubblico e/o privato denominato:  
 \_\_\_\_\_ con sede in Sestu;

**Dichiarano:**

- 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 c. 8 della L.R. 20/2019 per il primo periodo gennaio/luglio 2022;
- di essere interessati al mantenimento del diritto al beneficio anche per il secondo periodo 2022;
- che l’importo retta per ciascuna mensilità per il periodo di riferimento è pari a (indicare l’importo esatto al netto delle spese di bollo non rimborsabili):

	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
€						

**chiedono**

che l’eventuale contributo assegnato venga accreditato sul C/C e/o carta prepagata intestato a \_\_\_\_\_ con il seguente codice **IBAN:**  
 \_\_\_\_\_

**SI IMPEGNANO**

**a presentare entro i termini e con le modalità indicati nell’avviso pubblico, le disposizioni di pagamento mensili del bonus Inps asili nido a comprova dei rimborsi ricevuti per ciascuna mensilità di riferimento.**

**Allegano alla presente:**

- Copia del documento di identità in corso di validità di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_ firma dei richiedenti

Data, \_\_\_\_\_

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