



Comune di Pontassieve

**A.S. 2018/2019 - RICHIESTA RIDUZIONE TARIFFA SERVIZI TRASPORTO SCOLASTICO – ASILO NIDO
- SPAZIO GIOCO - CENTRO BAMBINI FAMIGLIE**

Da consegnare a:

- URP Comune di Pontassieve (dal Lunedì al Sabato ore 8,30/12,30 – Martedì, Giovedì ore 15,15/17,45)
- Ufficio Sviluppo Educativo Comune di Pontassieve (Lunedì-Mercoledì ore 8,30/12,30 – Martedì, Giovedì ore 15,15/17,45)
- all'indirizzo di posta elettronica dedicato isee@comune.pontassieve.fi.it (ricevuta automatica)

- **entro il 31 luglio 2018 per Asili nido convenzionati**
- **entro il 15 settembre 2018 per Asili nido comunali/Spazio gioco comunale**
- **entro il 30 settembre 2018 per il servizio Trasporto scolastico**

(per le richieste presentate oltre detti termini, l'applicazione del beneficio tariffario decorrerà a partire dalla prima rata utile)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A
(genitore che presenta la domanda o tutore)

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ data di nascita _____

C.F.																	
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dato obbligatorio

Residente a _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Num. tel _____ cell. _____ Mail _____

GENERALITA' DEL SECONDO GENITORE, SE NON CONIUGATO E NON CONVIVENTE

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ Prov. _____ data di nascita _____

C.F.																	
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ Prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Num. tel _____ cell. _____ Mail _____

CHIEDE per l'anno scolastico 2018/2019

☐ **La riduzione della tariffa del Servizio di Trasporto Scolastico**

☐ **L'esenzione dal pagamento del Servizio di Trasporto Scolastico** per l'alunno/a _____, portatore di handicap (L. 104/1992, art. 3, c.3) di cui si allega documentazione ASL

☐ **La riduzione della tariffa del Servizio Asilo Nido – Spazio Gioco - Centro Bambini Famiglie**

☐ **L'esenzione dal pagamento del Servizio Asilo Nido – Spazio Gioco - Centro Bambini Famiglie** per l'alunno/a _____, portatore di handicap (L. 104/1992, art. 3, c.3) di cui si allega documentazione ASL, per ISEE inferiori a € 18.000,00

PER L'ALUNNO/A:

COGNOME E NOME _____															
C.F.															
Residente a (Comune) _____															
Iscritto per l'anno scolastico 2018/2019 alla scuola:															
infanzia (denominazione) _____ classe/sez. _____															
primaria (denominazione) _____ classe/sez. _____															
secondaria 1° (denominazione) _____ classe/sez. _____															
NIDO (denominazione) _____															
SPAZIO GIOCO _____															

COGNOME E NOME _____															
C.F.															
Residente a (Comune) _____															
Iscritto per l'anno scolastico 2018/2019 alla scuola:															
infanzia (denominazione) _____ classe/sez. _____															
primaria (denominazione) _____ classe/sez. _____															
secondaria 1° (denominazione) _____ classe/sez. _____															
NIDO (denominazione) _____															
SPAZIO GIOCO _____															

DICHIARA

- che gli estremi della attestazione ISEE del nucleo familiare cui appartiene il minore (in corso di validità) sono i seguenti:

PROT. ATTESTAZIONE ISEE	SOTTOSCRITTA IL	VALORE ISEE

- valendosi delle disposizioni del D.P.R. 28/12/2000, n.445 - TESTO UNICO delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - consapevole delle Sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art.76 dello stesso D.P.R. 445/2000 e della decadenza dei benefici previsti all'art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni mendaci o di falsità negli atti;

- di essere a conoscenza che i dati e le informazioni personali saranno trattati con tutta la riservatezza prevista dalla Legge in vigore ed unicamente per le finalità connesse all'attività di cui trattasi (art. 13, D. Lgs. 30.6.2003 n. 196).

Data _____

Firma _____