



Comune di Pontassieve

**A.S. 2016/2017 - 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 15 SETTEMBRE 2016 per i servizi Trasporto scolastico – Asili nido comunali – Spazio gioco**
- **entro il 31 luglio 2016 per Asili nido convenzionati**

(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

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> La riduzione della tariffa del Servizio di Trasporto Scolastico |
| <input type="checkbox"/> La riduzione della tariffa del Servizio Asilo Nido – Spazio Gioco - Centro Bambini Famiglie |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> 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'anno scolastico 2016/2017 |
| <input type="checkbox"/> 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 |

PER L'ALUNNO/A:

COGNOME E NOME _____														
C.F.														
Residente a (Comune) _____														
Iscritto per l'anno scolastico 2016/2017 alla scuola:														
infanzia (denominazione) _____ classe/sez. _____														
primaria (denominazione) _____ classe/sez. _____														
secondaria 1° (denominazione) _____ classe/sez. _____														
NIDO (denominazione) _____														
SPAZIO GIOCO/CENTRO BAMBINI E FAMIGLIE _____														

COGNOME E NOME _____														
C.F.														
Residente a (Comune) _____														
Iscritto per l'anno scolastico 2016/2017 alla scuola:														
infanzia (denominazione) _____ classe/sez. _____														
primaria (denominazione) _____ classe/sez. _____														
secondaria 1° (denominazione) _____ classe/sez. _____														
NIDO (denominazione) _____														
SPAZIO GIOCO/CENTRO BAMBINI E FAMIGLIE _____														

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 _____