

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA MISURA "NIDI GRATIS"
ANNO 2025**

(Dichiarazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445 e nella consapevolezza delle sanzioni penali conseguenti a false dichiarazioni, di cui all'art.76 del citato DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ C.F. _____ residente a _____
CAP _____ in via/piazza _____ N. civico _____ mail
riferimento _____ recapito telefonico _____

IN QUALITA' DI GENITORE DI

NOME _____ COGNOME _____

**RICHIEDE L'AMMISSIONE AI BENEFICI DELLA MISURA NIDI GRATIS
ANNO 2025**

E a tal fine dichiara:

- ✓ Che il proprio nucleo familiare è composto da uno o più figli fiscalmente a carico di età compresa tra zero e tre anni (due anni e 365 giorni), anche in adozione o affidò;
- ✓ Di aver presentato la domanda del BONUS NIDI INPS (di cui all'art. 1, comma 355, legge 11 dicembre 2016, n° 232);
- ✓ Che gli importi del **BONUS INPS** ricevuti sono i seguenti:

Gennaio 2025 € _____	Febbraio 2025 € _____	Marzo 2025 € _____	Aprile 2025 € _____	Maggio 2025 € _____	Giugno 2025 € _____
Luglio 2025 € _____	Settembre 2025 € _____	Ottobre 2025 € _____	Novembre 2025 € _____	Dicembre 2025 € _____	

CHIEDE

Che il versamento delle somme concesse sia effettuato tramite accredito sul C.C. CODICE IBAN a me intestato o co-intestato: IBAN (stampatello maiuscolo) _____

Con la sottoscrizione del presente modulo, si dichiara di aver preso atto dell'Avviso Pubblico a cui partecipa e di accettarlo in ogni sua parte.

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nel presente modulo.

Firma
