Protocollo n. 0000434 del 26-02-2026

MODULO DI RICHIESTA PER ACCEDERE AL BENEFICIO

PR FSE+ABRUZZO2021-2027
OBIETTIVO "INVESTIMENTI A FAVORE DELL'OCCUPAZIONE E DELLA CRESCITA" –
OBIETTIVO STRATEGICO 4 "EUROPA PIÙ SOCIALE" - OBIETTIVO SPECIFICO F - PRIORITÀ II –
AZIONE F1
"SISTEMA INTEGRATO DI EDUCAZIONE E DI ISTRUZIONE PER I BAMBINI FINO A 6 ANNI"
CUP C61I25000750006
Erogazione cofinanziamento regionale destinato al rimborso,
totale o parziale, delle rette scolastiche e dei costi sostenuti per il servizio mensa
dalle famiglie degli allievi delle strutture pubbliche
Annualità 2024 e 2025

AL COMUNE DI MANOPPELLO
ECAD DELL'ADS MONTAGNA PESCARESE N.17

Il sottoscritto *(generalità del richiedente)*

NOME		COGNOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
TEL. FISSO TEL.		CELLULARE	
CELLULARE			
INDIRIZZOE-MAIL			

In qualità di

□ Genitore
□ Tutore/Legale rappresentante del/la minore

(generalità e dati di residenza anagrafica del/la minore)

NOME		COGNOME	
LUOGO DI NASCITA		DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE			
VIA/PIAZZA N. CIVICO		N. CIVICO	
COMUNE		PROVINCIA	

CHIEDE DI ACCEDERE AL BENEFICIO
"PRFSE+ABRUZZO 2021-2027 – Obiettivo strategico 4 Obiettivo specifico F priorità II Azione F1"
Erogazione cofinanziamento regionale destinato al rimborso, totale o parziale, delle rette scolastiche e/o dei costi sostenuti per il servizio mensa
dalle famiglie degli allievi delle strutture pubbliche
Annualità 2024 e 2025

a tal fine,

DICHIARA

(barrare l'opzione o le opzioni di interesse)

□ che nel corso dell'anno 2024, il minore di cui sopra ha frequentato la struttura educativa pubblica, sia a gestione diretta che a gestione indiretta
_____ (indicare la denominazione della struttura frequentata), provvedendo al regolare versamento

□ delle rette mensili di frequenza
□ dei costi per il servizio mensa

corrispondendo il complessivo importo di € _____per l'anno di riferimento;

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI NON ESSERE STATO BENEFICIARIO DI ANALOGO BENEFICIO, NEL RISPETTO DEL DIVIETO DI DOPPIO FINANZIAMENTO AI SENSI DELL'ART. 63 DEL REG(UE)N.1060/2021 (quale, ad esempio, il bonus asilo nido erogato dall'Inps) NEGLI ANNI: *(Barrare l'anno o le annualità di interesse)*

□2024 □2025

Ovvero

DI ESSERE STATO BENEFICIARIO DI ANALOGO BENEFICIO NELLA SEGUENTE MISURA

□2024 € _____
□2025 € _____

CHE NON HA COPERTO L'INTERA RETTA PAGATA

Dichiara, infine, di essere a conoscenza che, nel caso di corresponsione di benefici, si applica l'art. 4, comma 2, del Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n. 109, in materia di controllo di veridicità delle informazioni fornite e di essere a conoscenza delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci rese in sede di autocertificazione.

Ai fini dell'erogazione del beneficio,

AUTORIZZA

il Comune di Manoppello, in qualità di Ecad dell'ADS Montagna Pescarese n.17, ad effettuare il bonifico sul seguente conto corrente

(Selezionare una delle due opzioni e compilare esclusivamente il riquadro di proprio interesse)

SEZIONE DA COMPILARE SE L'INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE COINCIDE CON

Protocollo n. 0000434 del 26-02-2026

IL SOGGETTO RICHIEDENTE IL BENEFICIO
□ **A me** intestato:

IntestatarioC/C: _____

Codice fiscale dell'intestatario: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

SEZIONE DA COMPILARE SE L'INTESTATARIO DEL CONTO CORRENTE È UNA PERSONA DIVERSA DAL RICHIEDENTE IL BENEFICIO E DA QUEST'ULTIMO DELEGATA.
ATTENZIONE: In questo caso allegare alla domanda anche copia di un documento d'identità in corso di validità e copia del codice fiscale della persona delegata
intestato al soggetto delegato:

Mandatario C/C: _____

Codice fiscale del mandatario: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Istituto di Credito:

IBAN (NO LIBRETTO POSTALE):

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Firma del delegante Firma del delegato

Informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii. e del Regolamento (UE) 2016/679 relativi alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati.

La informiamo che i Suoi dati saranno trattati nell'osservanza delle medesime norme in maniera informatizzata e/o manuale per procedere ai necessari adempimenti e verifiche relativi al procedimento di erogazione del beneficio "PRFSE+ABRUZZO2021-2027- Obiettivo strategico 4 Obiettivo specifico F priorità II Azione F1- EROGAZIONE COFINANZIAMENTO REGIONALE DESTINATO AL RIMBORSO, TOTALE O PARZIALE, DELLE RETTE SCOLASTICHE O DEI COSTI SOSTENUTI PER IL SERVIZIO MENSA DALLE FAMIGLIE DEGLI ALLIEVI DELLE STRUTTURE PUBBLICHE ANNUALITÀ 2024 E 2025.
Si autorizza al trattamento dei dati personali.

Luogo e Data Firma del richiedente

Si allega:
□ copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
□ per i cittadini extracomunitari: copia del permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità.
□ Attestazione **ISEE fino a € 40.000,00 in corso di validità o DSU correttamente attestata**
□ Documentazione comprovante la regolarità dei costi sostenuti

Luogo e Data Firma del richiedente

Protocollo n. 0000434 del 26-02-2026