



AMANDOLA - COMUNANZA - FORCE - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO
MONTEPARO - MONTEMONACO - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATENANO - SMERILLO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 24

INTERVENTO 1

All'Unione Montana dei Sibillini
Ambito Territoriale Sociale 24
Via C.so G. Matteotti 46/48 – 63854
Santa Vittoria in Matenano (FM)
unione.sibillini@emarche.it

INTERVENTI A SOSTEGNO DELLA NATALITÀ E DELLE SPESE CONNESSE ALLA CURA E ALL'ACCOGLIENZA DEI NUOVI NATI, MEDIANTE CONTRIBUTI PER I SERVIZI SOCIO-EDUCATIVI PER LA PRIMA INFANZIA - Art. 10 L.R. n.8/2025. – spese sostenute dal 01/01/2026 al 31/10/2026

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ Codice Fiscale _____
Residente in Comune di _____ Via _____ n.
_____ CAP _____
Telefono _____ Cell. _____
Email _____

In qualità di: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Altro soggetto avente titolo
del/della minore nato/a come di seguito indicato

CHIEDE

di essere ammesso/a alla concessione del contributo economico previsto dall'Avviso Pubblico per interventi a sostegno della famiglia - **INTERVENTO 1 per le spese sostenute nell'Anno 2026 (01/01/2026 - 31/10/2026).**

**A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445/2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI
DICHIARA**

REQUISITI GENERALI:

- ☐ di essere cittadino/a italiano/a
oppure
☐ di essere cittadino/a dell'Unione Europea - Stato: _____
oppure
☐ di essere cittadino/a extra UE, titolare di permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo



AMANDOLA - COMUNANZA - FORCE - MONTEDINOVE - MONTEFALCONE APPENNINO - MONTEFORTINO
MONTEPARO - MONTEMONACO - ROTELLA - SANTA VITTORIA IN MATENANO - SMERILLO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 24

oppure

- ☐ di essere cittadino/a extra UE, regolarmente soggiornante con permesso di soggiorno di durata biennale n. _____ rilasciato il _____ con scadenza _____
- ☐ di essere residente nel Comune di _____ (ATS 24) dal _____
- ☐ di essere in possesso di attestazione ISEE ordinario prevista dalla disciplina regionale di riferimento in corso di validità pari a € _____
- ☐ che la spesa sostenuta è pari ad € _____;

REQUISITI SPECIFICI INTERVENTO 1:

- ☐ di avere un/una figlio/a nato/a il _____ iscritto ai servizi socio-educativi per la prima infanzia pubblici o privati (ASILI NIDO)

Dati del minore:

- **Cognome e Nome:** _____
- **Codice Fiscale:** _____
- **Luogo di nascita:** _____

- ☐ di essere convivente e coabitare con il/la figlio/a sopra indicato/a presso la residenza dichiarata;
- ☐ che l'attestazione ISEE allegata tiene in considerazione anche il nuovo nato.

☐ di essere a conoscenza che i dati personali saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. 196/2003 esclusivamente per le finalità connesse alla concessione del beneficio richiesto

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei requisiti dichiarati

ALLEGA

1. Copia documento d'identità in corso di validità del richiedente;
2. Attestazione ISEE ordinario prevista dalla disciplina regionale di riferimento in corso di validità;
3. Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);
4. Documentazione attestante l'iscrizione ai servizi socio-educativi per la prima infanzia pubblici o privati (Asili Nido);
5. Documentazione comprovante la spesa sostenuta (fatture, ricevute o altra documentazione fiscalmente valida relativa alla retta mensile);
6. IBAN Conto Corrente Bancario/Postale (**NO LIBRETTO POSTALE**);
7. C.F. dell'intestatario dell'IBAN.

Data _____

Firma del richiedente _____