



Allegato A.2

DDS n. ___/SP0 del ___2018 POR Marche FSE 2014-2020 - ASSE I - Priorità di investimento 8.4. “Voucher per l’acquisizione di servizi socio educativi per minori a carico”

Oggetto: RICHIESTA DI RIMBORSO VOUCHER

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ Prov (_____) Stato _____ e residente in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov (_____) Telefono _____ Cellulare _____ e-mail (anche PEC) _____ C.F. _____

Codice progetto domanda presentata e accettata _____

in qualità di:

- genitore
- esercente la potestà genitoriale
- genitore affidatario

del minore _____ nato/a il _____ a _____ Prov (_____) Stato _____ e residente in Via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ Prov (_____) C.F. _____

avendo frequentato il minore suddetto il seguente servizio socio-educativo:

- nido pubblico o privato, (compresi gli agrinido);
- Centro per l’infanzia con pasto e sonno
- Centro per l’infanzia senza pasto e sonno
- Nido domiciliare
- Sezione Primavera

DETTAGLI DEL SERVIZIO

Denominazione _____

Indirizzo e-mail _____

con sede legale a _____ in Via _____

con sede operativa a _____ in Via _____

Ragionesociale(Comune, Unione dei Comuni o associazione o impresa che riscuote le tariffe)

Legale rappresentante (se privato) o Dirigente del Servizio (se pubblico) _____

in possesso di autorizzazione al funzionamento n. _____ del _____ e dell'accreditamento n. _____ del _____ ai sensi della L.R. 9/2003 e relativo R.R. 13/2004 rilasciati dal Comune di _____;

DICHIARA

- che il voucher assegnato, a fronte della retta mensile concordata con l'ente gestore pari ad € _____, costituisce quietanza:

parziale

totale

- di aver effettivamente corrisposto al suddetto Ente Gestore € _____ per i seguenti mesi;
mese di _____ € _____,
mese di _____ € _____,
mese di _____ € _____,
mese di _____ € _____,
mese di _____ € _____.

CHIEDE

(barrare con una crocetta le voci che interessano)

Il rimborso della PRIMA TRANCHE del Voucher di cui all'oggetto, relativo al periodo di accoglienza del minore suindicato, per i suddetti mesi, per un corrispettivo complessivo di euro _____

Il corrispettivo dovrà essere versato presso:

C/c bancario o postale _____

presso _____

intestato a _____

Codice IBAN _____

Il rimborso della SECONDA TRANCHE del Voucher di cui all'oggetto, relativo al periodo di accoglienza del minore suindicato, per i suddetti mesi, per un corrispettivo complessivo di euro _____

Il corrispettivo dovrà essere versato presso:

C/c bancario o postale _____

presso _____

intestato a _____

Codice IBAN _____

Il rimborso della TERZA TRANCHE del Voucher di cui all'oggetto, relativo al periodo di accoglienza del minore suindicato, per i suddetti mesi, per un corrispettivo complessivo di euro _____

Il corrispettivo dovrà essere versato presso:

C/c bancario o postale _____

presso _____

intestato a _____

Codice IBAN _____

Il rimborso della QUARTA TRANCHE del Voucher di cui all'oggetto, relativo al periodo di accoglienza del minore suindicato, per i suddetti mesi, per un corrispettivo complessivo di euro _____

Il corrispettivo dovrà essere versato presso:

C/c bancario o postale _____

presso _____

intestato a _____

Codice IBAN _____

Firma del genitore/esercitante potestà
genitoriale/genitore affidatario

Firma Legale Rappresentante/ Dirigente
dell'Ente Gestore

_____ *

*La sottoscrizione dell'ente gestore vale a dichiarare la veridicità/corrispondenza dei propri dati, dell'avvenuta frequenza del minore suddetto al servizio erogato, dei dati relativi all'autorizzazione e accreditamento, di aver effettivamente riscosso dal richiedente/sottoscrittore le somme sopra dettagliate;

Allegati:

1. copia documento identità dei sottoscrittori,
2. copia di “Attestazione frequenza mensile” del minore sottoscritta dal genitoree dall’ente gestore (allegatoA.3 al decreto SPO ___/2018), una per ogni mese di riferimento,
3. ricevute di pagamento mensili (bonifici o altro)
4. dichiarazione sostitutiva del genitore ai sensi del DPR 445/2000 relativa allacondizione di non cumulabilità tra il beneficio in oggetto ed altri aventi le medesime finalità,
5. calendario scolastico del servizio,
6. eventuale attestazione di inserimento _____
7. eventuali certificati medici attestanti i giorni di malattia del bambino.