

Spett.le

**COMUNE DI LIMIDO COMASCO**  
Via Roma 13  
22076 Limido Comasco

**RICHIESTA CONTRIBUTO ECONOMICO PER LA FRUIZIONE DEL SERVIZIO DI ASILO NIDO  
O MICRONIDO O NIDO FAMIGLIA, ANNO SOLARE 2024**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a Limido Comasco in Via/Piazza \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di genitore /tutore del minore:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente a Limido Comasco in Via/Piazza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire del contributo economico per la fruizione del servizio di asilo nido o micronido o nido famiglia, relativo all'**anno solare 2024**.

A tal fine, consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

**DICHIARA CHE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA PRESENTE ISTANZA**

il minore per cui viene richiesto il contributo è residente nel Comune di Limido Comasco;

il minore risulta regolarmente iscritto (OPPURE è stato regolarmente iscritto) nel corso dell'anno 2024 per i seguenti mesi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e frequenta (OPPURE ha frequentato) il seguente servizio di Asilo nido o micronido o nido famiglia:

---

---

con sede in

---

la retta mensile a carico della famiglia è pari a € (specificare eventuali differenze tra le rette a.s. 2023/24 e 2024/25)

---

---

---

---

così determinata:

AS 2023/2024 (indicare solo importo effettivo per l'anno 2024)

€ \_\_\_\_\_ importo retta fissa mensile;

€ \_\_\_\_\_ importo buono pasto giornaliero;

€ \_\_\_\_\_ importo servizi complementari (es. pre/post nido)

AS 2024/2025 (indicare solo importo effettivo per l'anno 2024)

€ \_\_\_\_\_ importo retta fissa mensile;

€ \_\_\_\_\_ importo buono pasto giornaliero;

€ \_\_\_\_\_ importo servizi complementari (es. pre/post nido).

per l'anno 2024 usufruisce (o ha usufruito) o è titolare (o è stato titolare) dei seguenti contributi economici a sostegno delle spese per la frequenza del servizio asilo nido o micronido o nido famiglia per il minore sopra indicato:

Misura Nidi Gratis di Regione Lombardia: € \_\_\_\_\_



Limido Comasco, lì \_\_\_\_\_ Firma

---

**Allegati:**

- copia del documento di identità in corso di validità del soggetto richiedente;
- provvedimento o decreto di nomina a tutore o affidatario (da allegare esclusivamente qualora l'istanza venga presentata da un tutore o un affidatario);
- attestazione ISEE minorenni in corso di validità;
- certificazione rilasciata dall'asilo nido o micronido o nido famiglia comprovante l'iscrizione del minore per il quale si richiede il contributo e indicante la retta mensile sostenuta dalla famiglia;
- documentazione già in possesso comprovante il pagamento della retta relativa ai mesi di frequenza (solo relativamente ad a.s. 2023/2024)