



COMUNE DI
CAMPI BISENZIO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Misura di sostegno economico finalizzata a sostenere l'abbattimento delle rette di frequenza ai servizi educativi per la prima infanzia comunali e privati accreditati - anno educativo 2025/2026

Spett.le Comune di Campi Bisenzio
Piazza Dante, 36
50013 Campi Bisenzio
Al Settore 2 - "Servizi alla Persona"

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Provincia _____ il _____ / _____ / _____
di nazionalità _____, residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale																	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono _____ E-mail _____

in qualità di: ☐ genitore ☐ tutore del minore _____
nato/a a _____ Provincia _____ il _____ / _____ / _____
di nazionalità _____, residente a _____
in via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Codice fiscale																	
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

frequentante **nell'anno educativo 2025/2026** il seguente servizio per la prima infanzia:

- ☐ nido d'infanzia comunale Stacciaburatta
☐ nido d'infanzia comunale A.M. Enriques Agnoletti
☐ nido d'infanzia privato accreditato (*specificare i seguenti dati*):

- Denominazione del servizio _____
- Comune sede del servizio _____
- Indirizzo _____
- Data inizio frequenza _____
- Data fine frequenza _____
- Fascia oraria di frequenza _____
- Tariffa mensile di frequenza _____



di accedere alla Misura di sostegno economico finalizzata a sostenere l'abbattimento delle rette di frequenza ai servizi educativi per la prima infanzia comunali e privati accreditati - anno educativo 2025/2026.

A tal fine, consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, oltre alla revoca dei benefici eventualmente percepiti

☐ che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE minorenni) relativa all'anno 2025 è di € _____;

☐ che l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE minorenni) relativa all'anno 2026 è di € _____;

☐ di non essere beneficiario della Misura regionale Nidi Gratis per l'a.e. 2025/2026;

Il sottoscritto richiede che il pagamento dell'importo riconosciuto avvenga tramite la seguente modalità:

☐ Accredito su c/c bancario☐ Accredito su c/c postale (esclusi libretti postali)[illegible]

Le coordinate IBAN devono essere sempre composte di 27 caratteri: tutte le caselle devono essere compilate

Il c/c sopra riportato è intestato/cointestato a:

- il/la sottoscritto/a
- altro soggetto:

nome:

cognome: _____

codice fiscale: _____

residenza: _____

Il/La sottoscritto/a allega:

- documentazione contabile relativa al periodo settembre 2025 - luglio 2026

(in caso di frequenza di un nido privato accreditato)

- copia del documento di identità

Data

Firma del/la richiedente _____

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, i dati personali raccolti sono trattati, sia in formato cartaceo che elettronico, in modo lecito, corretto e trasparente per finalità istituzionali e/o per obblighi di legge, esclusivamente per le finalità connesse al presente procedimento.

Il trattamento degli stessi avviene ad opera di soggetti impegnati alla riservatezza, con logiche correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la protezione dei dati.

Titolare del trattamento è il Comune di Campi Bisenzio, contattabile all'indirizzo email privacy@comune.campi-bisenzio.fi.it.

Il Responsabile della Protezione Dati personali (RPD) dell'Ente, nominato secondo la vigente normativa in materia, può essere contattato all'indirizzo email rpdp@comune.campi-bisenzio.fi.it.

Tutte le informazioni e la modulistica per l'esercizio dei diritti dell'interessato sono disponibili sul sito web istituzionale dell'Ente, alla pagina <http://www.comune.campibisenzio.fi.it/privacy>.