



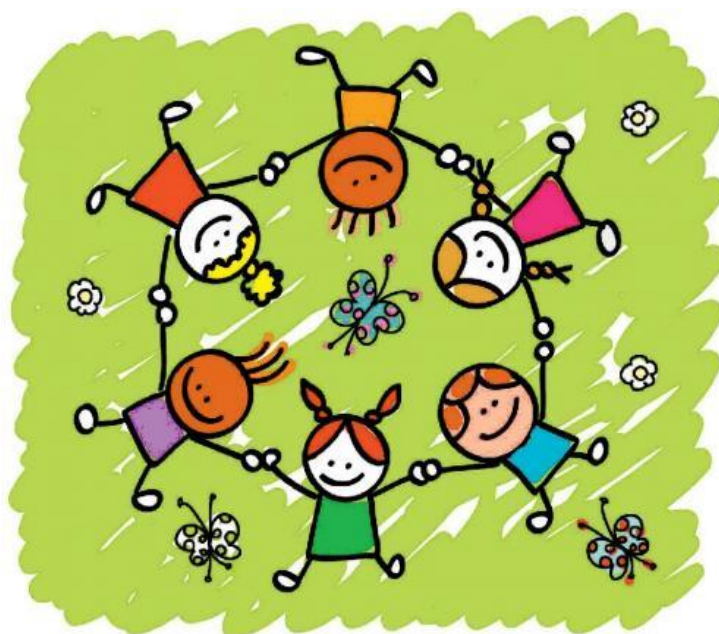
# COMUNE DI FIUMEDINISI

## CITTÀ' METROPOLITANA DI MESSINA

Sede legale: Via Umberto I, 49  
Uffici: Piazza Matrice - Locali polifunzionali  
C.A.P. 98022 – Fiumedinisi (ME)  
Tel. 0942771001

Partita IVA/ Codice Fiscale 00352170831  
Sito internet: [www.comune.fiumedinisi.me.it](http://www.comune.fiumedinisi.me.it)  
PEC: [comune.fiumedinisi@legalmail.it](mailto:comune.fiumedinisi@legalmail.it)  
Codice univoco fatturazione elettronica: UFU0HL

## AVVISO PUBBLICO



### **FONDO DI SOLIDARIETA' COMUNALE (FSC) - Contributo alle famiglie per fruire del servizio di asilo nido ai sensi della L. n° 243/2021.**

#### **Premesso**

**Che** con Decreto del Ministro dell'Interno, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze con il Ministro dell'Istruzione con il Ministro per il Sud e la Coesione Territoriale e con il Ministro per le Pari opportunità e la Famiglia del 19/07/2022, sono stati definiti gli Obiettivi di servizio Asilo nido e modalità di monitoraggio e riparto del contributo di cui all'articolo 1, comma 449, lettera d-sexies, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, per l'anno 2022, destinato ai Comuni delle Regioni a Statuto Ordinario, della Regione Sicilia e della Regione Sardegna;

**Che** al Comune di Fiumedinisi è stata assegnata la somma di € 15.336,08 quale maggiore risorsa per il 2022 così come prevista dall'art. 1 comma 172 Legge 234/2021;

## RENDE NOTO

che è intenzione di questa Amministrazione Comunale attivare il **servizio micronido per circa 8/10 minori, fascia 3/36 mesi, presumibilmente per il periodo novembre 2023 /giugno 2024 dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 13.00**

### **DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE:**

- 1) Domanda di accesso al beneficio;
- 2) Copia documento di identità del genitore richiedente e del minore;
- 3) Attestazione sanitaria relativa alle vaccinazioni come previsto dalla normativa vigente;
- 4) Eventuale certificazione di specialista allergologo in caso di patologie e/o allergie alimentari.

L' istanza dovrà pervenire presso l'Ufficio protocollo del Comune **entro e non oltre il 20.11.2023** anche a mezzo e-mail/PEC agli indirizzi:

- [servizisociali@comune.fiumedinisi.me.it](mailto:servizisociali@comune.fiumedinisi.me.it)
- [comune.fiumedinisi@legalmail.it](mailto:comune.fiumedinisi@legalmail.it)

### **Il Sindaco**

*Dott. Giovanni De Luca*

*“Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art. 3, comma 2, del DLGS 39/93”.*

**Al Comune di Fiumedinisi**  
**Ufficio Servizi Sociali**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
MAIL: \_\_\_\_\_  
In qualità di:  
 genitore  tutore  
del minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ Fiumedinisi in  
Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione del proprio figlio al micronido comunale ai sensi del d.lgs. n. 65/2017.

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000:

- Che il sottoscritto ed il proprio figlio sono residenti nel comune di Fiumedinisi;
- Di aver preso visione dell'avviso pubblico;
- Di impegnarsi a pagare la tariffa per il servizio, nella misura stabilita dal Comune in €150,00 mensile tramite bollettino \_\_\_\_\_ ;
- Di trovarsi in una o più condizione di priorità di accesso:
  - *Minore disabile;*
  - *Famiglia monoparentale;*
  - *Occupazione lavorativa di entrambi i genitori;*
  - *Minore in situazione di disagio accertata dall'Ufficio dei Servizi Sociali.*

**ALLEGA**

- Fotocopia del documento d'identità del richiedente e del minore;
- Attestazione sanitaria relativa alle vaccinazioni come previsto dalla normativa vigente;
- Eventuale certificazione di specialista allergologo in caso di patologie e/o allergie alimentari.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e ss.mm.ii. e del GDPR 679/2016, esclusivamente nell'ambito dell'attivazione del servizio in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_