

Via email

Alla **Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”**

Direzione V – Divisione 4 Gestione del personale
operatori-protocollo@amm.uniroma2.it

RICHIESTA RIMBORSO FREQUENZA ASILO NIDO 2024

(N.B.: COMPILARE UNA DOMANDA PER OGNI FIGLIO/A)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il ____/____/____ C.F. _____
_____, Tel. _____

- ☐ dipendente di codesto Ateneo,
☐ inquadrato nell'Area dei/degli _____,
☐ Collaboratori Esperti Linguistici

☐ comandato/a – distaccato/a presso codesto Ateneo, proveniente da _____
(indicare l'amministrazione di appartenenza)

chiede di poter usufruire del rimborso delle spese sostenute per la frequenza del/della proprio/a figlio/a all'asilo nido nell'anno 2024.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci previste dall'art. 76 del d.P.R. 28/12/2000, n. 445, dichiara, ai sensi dell'art. 46 e 47 dello stesso d.P.R.,:

- di essere genitore di _____, nato/a a _____
il ____/____/____, C.F. _____
_____;

- di aver iscritto il/la proprio/a figlio/a presso l'asilo nido _____;

- che il proprio/a figlio/a ha frequentato l'asilo nido nei seguenti mesi e di aver sostenuto una spesa mensile a margine indicata:

	Mese	Importo frequenza
<input type="checkbox"/>	gennaio 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	febbraio 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	marzo 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	aprile 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	maggio 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	giugno 2024	€ _____,____

<input type="checkbox"/>	luglio 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	settembre 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	ottobre 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	novembre 2024	€ _____,____
<input type="checkbox"/>	dicembre 2024	€ _____,____

(N.B.: flaggare solo i mesi interessati)

A tal fine dichiara, inoltre:

- 1) di non beneficiare di analoghi rimborsi a carico della finanza pubblica (per es. contributi erogati dall'Inps) per la medesima fattispecie e per lo/a stesso/a figlio/a;
- 2) (in caso di genitori entrambi dipendenti dell'Università) che il rimborso non sarà richiesto per lo/a stesso/a figlio/a e per lo stesso mese dall'altro genitore;
- 3) di avere un ISEE ordinario pari a € _____,____ e quindi, ai fini della determinazione dell'importo del rimborso, di appartenere alla seguente fascia:

	Fascia	Da	A	Percentuale di rimborso
<input type="checkbox"/>	I	€ 0,00	€ 32.000,00	100%
<input type="checkbox"/>	II	€ 32.000,01	€ 40.000,00	90%
<input type="checkbox"/>	III	€ 40.000,01	€ 48.000,00	80%
<input type="checkbox"/>	IV	superiore a € 48.000,00		50%

(N.B.: flaggare la fascia di appartenenza. Si ricorda che in caso di mancata dichiarazione della fascia di appartenenza, il dipendente sarà automaticamente assegnato alla IV fascia)

Si allega/no la/le fattura/e o ricevuta/e relativa/e al pagamento del/dei mese/i sopra indicati.

Roma, ____/____/2024

FIRMA DEL/DELLA DIPENDENTE
