



## Richiesta per l'assegnazione del rimborso economico per la frequenza al nido

### DATI ANAGRAFICI DELLA RICHIEDENTE

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### DATI LAVORATIVI

Cooperativa di appartenenza:

PROGES

KALEIDOSCOPIO

### DATI DEL/DELLA FIGLIO/A

Nome e Cognome del/della figlio/a: \_\_\_\_\_

Data di nascita del/della figlio/a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DICHIARAZIONE

La sottoscritta:

Dichiaro di essere lavoratrice dipendente di PROGES o KALEIDOSCOPIO.

Dichiaro di avere figli/e di età compresa tra 0 e 3 anni.

Dichiaro di aver sostenuto spese documentate per la frequenza del/della figlio/a a un nido d'infanzia gestito da PROGES, KALEIDOSCOPIO o altro soggetto privato accreditato/in possesso dei requisiti normativi.

Chiedo l'assegnazione di un rimborso economico di €250,00, mensili per un massimo di 10 mesi come previsto dal regolamento disponibile al link: <https://soci.proges.it/bando-riparto/>.

Si impegna a trasmettere entro i tempi stabiliti la documentazione attestante l'iscrizione e la ricevuta di pagamento intestata alla richiedente.

Criteri di priorità in caso di superamento del numero massimo di richieste (barrare una o più caselle):

Presenza di disabilità nel nucleo familiare

Famiglia monogenitoriale



**Richiesta per l'assegnazione del rimborso economico per la  
frequenza al nido**

Altri figli a carico minori di 10 anni

Altri figli iscritti ad un servizio nido

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_