



Unione Europea
Fondo Sociale Europeo



Repubblica Italiana



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE
Direzione Generale delle Politiche Sociali



obiettivo competitività regionale e occupazione

Denominazione struttura

Indirizzo Comune

Estremi provvedimento di autorizzazione al funzionamento (*tipo, numero, data, rilasciata da*)
.....

ALLEGATO 9 ATTESTATO DI ISCRIZIONE E FREQUENZA

Si attesta che il minore (*indicare nome e cognome*)
nato il a Codice fiscale

E' iscritto presso questa struttura dal (*indicare data*)/...../.....

e ha frequentato regolarmente¹ la struttura/servizio per l'infanzia (*specificare quale*):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nido d'infanzia | <input type="checkbox"/> sezioni primavera |
| <input type="checkbox"/> micronido | <input type="checkbox"/> sezioni sperimentali |
| <input type="checkbox"/> mamma accogliente (servizio in contesto domiciliare) | <input type="checkbox"/> educatore familiare (servizio in contesto domiciliare) |

nel Mese di _____ Anno _____

nei seguenti giorni (barrare con una X i giorni di frequenza):

MESE	N.RO GIORNI FREQUENZA	MESE	N.RO GIORNI FREQUENZA
SETTEMBRE 2010		MARZO	
OTTOBRE 2010		APRILE	
NOVEMBRE 2010		MAGGIO	
DICEMBRE 2010		GIUGNO	
GENNAIO 2011		LUGLIO 2011	
FEBBRAIO 2011			

Il sottoscritto dichiara sotto la sua responsabilità che le presenze sono reali e possono essere verificate dal registro presenze del servizio per l'infanzia (o altro documento equivalente).

Il sottoscritto è consapevole che in caso di falsa dichiarazione sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dal D.P.R. 445/2000 e che inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, il destinatario del contributo decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Luogo e data _____

Timbro e Firma del Legale Rappresentante

¹ Per "regolarmente" si intende la frequenza della struttura/servizio dell'infanzia **per almeno 10 giorni al mese**. ATTENZIONE: l'attestato compilato in modo incompleto o non corretto comporterà la non ammissibilità del contributo per il mese corrispondente