

**Mod. D1**

**Al Presidente della Giunta  
della Regione Lombardia  
c/o Direzione Generale  
Istruzione, Formazione e Lavoro  
U.O. Attuazione delle Politiche  
Via Cardano, 10  
20124 Milano**

OGGETTO: Domanda di contributo regionale per l'anno scolastico 2005/2006 ai sensi della l.r. n°8 dell'1/2/1999.

Io sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... residente a ..... in via .....  
in qualità di legale rappresentante del Comune di .....  
in nome e per conto della scuola materna autonoma<sup>1</sup> .....  
con sede in<sup>2</sup> ..... tel.<sup>3</sup> .....  
gestita da<sup>4</sup> ....., legalmente rappresentata dal Sig. ....  
..... nato a ..... residente a .....  
in via .....  
composta da n° ..... sezioni e frequentata da n° ..... alunni

#### CHIEDO

l'erogazione del contributo a sostegno del funzionamento delle scuole materne autonome di cui alla l.r. n°8 dell'1/2/1999 con accreditamento presso la Banca .....  
con sede in ..... o Agenzia di .....  
CAP ..... via ..... n° .....  
Conto corrente n° ..... ABI ..... CAB .....  
Intestato a .....

Allego: (vedi scheda "*Chiarificazioni in merito alla formulazione delle domande*")

—  
—  
—  
—  
—

In fede.

Firma del legale rappresentante

<sup>1</sup> Nome della scuola materna

<sup>2</sup> Via/Piazza, numero civico ed eventuale Frazione

<sup>3</sup> Numero telefonico ed eventuale numero di fax della scuola materna

<sup>4</sup> Es. Ente religioso, Ente privato laico

**Mod. D1 bis**

**Al Presidente della Giunta  
della Regione Lombardia  
c/o Direzione Generale  
Istruzione, Formazione e Lavoro  
U.O. Attuazione delle Politiche  
Via Cardano, 10  
20124 Milano**

OGGETTO: Domanda di contributo regionale per l'anno scolastico 2005/2006 ai sensi della l.r. n°8 dell'1/2/1999.

Io sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... residente a ..... in via .....  
in qualità di legale rappresentante del Comune di .....  
in nome e per conto della scuola materna autonoma<sup>5</sup> .....  
con sede in<sup>6</sup> ..... tel.<sup>7</sup> .....  
gestita da<sup>8</sup> ....., legalmente rappresentata dal Sig. ....  
..... nato a ..... residente a .....  
in via .....,  
composta da n° ..... sezioni e frequentata da n° ..... alunni

**CHIEDO**

l'erogazione del contributo a sostegno del funzionamento delle scuole materne autonome di cui alla l.r. n°8 dell'1/2/1999 con accreditamento presso la Banca .....  
con sede in ..... o Agenzia di .....  
CAP ..... via ..... n° .....  
Conto corrente n° ..... ABI ..... CAB .....  
Intestato a .....

Si autorizza il versamento del contributo direttamente alla scuola materna e si specifica che lo stesso dovrà/non dovrà essere assoggettato alla ritenuta del 4%.

Allego: (vedi scheda "*Chiarificazioni in merito alla formulazione delle domande*")

—  
—  
—  
—  
—

In fede.

Firma del legale rappresentante

<sup>5</sup> Nome della scuola materna

<sup>6</sup> Via/Piazza, numero civico ed eventuale Frazione

<sup>7</sup> Numero telefonico ed eventuale numero di fax della scuola materna

<sup>8</sup> Es. Ente religioso, Ente privato laico

Mod. D2

**Alla Giunta  
della Regione Lombardia  
c/o Direzione Generale  
Istruzione, Formazione e Lavoro  
U.O. Attuazione delle Politiche  
Via Cardano, 10  
20124 Milano**

OGGETTO: Domanda di contributo regionale per l'anno scolastico 2005/2006 ai sensi della l.r. n°8 dell'1/2/1999.

Io sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
il ..... residente a ..... in via .....  
in qualità di legale rappresentante della scuola materna autonoma<sup>9</sup> .....  
con sede in<sup>10</sup> ..... tel<sup>11</sup>.  
.....  
composta da n° ..... sezioni e frequentata da n° ..... alunni

#### CHIEDO

l'erogazione del contributo a sostegno del funzionamento delle scuole materne autonome di cui alla l.r. n°8 dell'1/2/1999 con accreditamento presso la Banca .....  
con sede in ..... o Agenzia di .....  
CAP ..... via ..... n° .....  
Conto corrente n° ..... ABI ..... CAB .....  
Intestato a .....

Si specifica che il contributo richiesto dovrà/non dovrà essere assoggettato alla ritenuta del 4%.

Contestualmente si richiede, in assenza di convenzione con il Comune, la sottoscrizione della convenzione stipulata secondo lo schema tipo di cui al modello B2.

Allego: (vedi scheda "*Chiarificazioni in merito alla presentazione delle domande*")

—  
—  
—  
—  
—  
—  
—

In fede.

Firma del legale rappresentante

<sup>9</sup> Denominazione della scuola materna

<sup>10</sup> Comune, indirizzo, numero civico ed eventuale Frazione

<sup>11</sup> Numero telefonico ed eventuale numero di fax



Mod. C

**Regione Lombardia**

Legge regionale n° 8 dell'11/02/1999

**“Interventi regionali a sostegno del funzionamento delle scuole materne autonome”****Notizie generali relative alla scuola materna**Natura giuridica della scuola materna: Denominazione: Codice fiscale:  Partita IVA: Indirizzo: C.A.P.  Città  Provincia Tel.  Fax  E-mail Legale rappresentante: Atto di autorizz. al funzionamento o riconoscim.parità: n° prot.  del Trattasi di scuola paritaria?  SI  NO**Notizie sull'istituzione scolastica** (solo per le scuole non paritarie)Istituzione scolastica di appartenenza: Indirizzo: C.A.P.  Città  Provincia Tel.  Fax  E-mail **Notizie sugli alunni**

ANNO SCOLASTICO

Sezione	N° alunni totale	Maschi	Femmine	Disabili	Stranieri
I					
II					
III					
IV					
V					
VI					
VII					
VIII					
IX					
X					
XI					
TOTALE					

**Notizie sulle rette**ANNO SCOLASTICO 

Le rette sono differenziate per fasce di reddito? Se **SI** indicare i rispettivi importi.  
Se **NO** indicare la retta unica nella prima casella.

Fasce di reddito	1	2	3	4	5	6
Importo retta						

I buoni pasto sono differenziati per fasce di reddito? Se **SI** indicare i rispettivi importi.  
Se **NO** indicare l'importo unico nella prima casella.

Fasce di reddito	1	2	3	4	5	6
Importo pasto						

**Conto consuntivo**ANNO SOLARE 

ENTRATE		USCITE	
Rette	€	Personale	€
Buoni pasto	€	Vitto	€
Contributi comunali	€	Spese generali	€
Contributi regionali	€	Utenze	€
Contributi statali	€	Altro	€
Altro	€		
<b>Totale entrate</b>	€	<b>Totale uscite</b>	€

**Notizie sul personale**

Tipologia del personale	N° addetti
Insegnante	
Amministrativo	
Ausiliario	

L'organismo collegiale è composto da:

rappresentanti dei genitori n° rappresentanti della scuola n° Il contributo dovrà essere accreditato presso la Banca Sede di o Agenzia di Cap. Via n° C/C n° ABI CAB Intestato a: Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Data Firma del legale rappresentante