



Servizi Educativi
per l'Infanzia
ASM FOSSANO

DICHIARAZIONE DATI DEL SOGGETTO PAGATORE

DATI DEL BAMBINO:

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____

C.F.: _____

DATI GENITORE 1:

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____

C.F.: _____

Telefono: _____ Mail: _____

DATI GENITORE 2:

Cognome e nome: _____

Data e luogo di nascita: _____

Indirizzo: _____

C.F.: _____

Telefono: _____ Mail: _____

ACQUISIZIONE DATI AI FINI:

- **INVIO SPESE NIDO PER LA DICHIARAZIONE PRECOMPILATA**
- **BONUS NIDO INPS**

Indicare il nominativo del soggetto o dei soggetti che sostengono la spesa e che hanno la titolarità della detrazione:

Soggetto pagante 1: _____

Soggetto pagante 2: _____

Si precisa che la domanda per BONUS NIDO INPS va fatta a nome del soggetto che effettua i pagamenti.

QUALSIASI VARIAZIONE AI DATI SOPRAINDICATI DOVRA' ESSERE TEMPESTIVAMENTE COMUNICATA.