



Allegato A.3

DDS n. 797SPO del 21/06/2017 POR Marche FSE 2014-2020 - ASSE II - Priorità di investimento 9.4. “Voucher per l’acquisizione di servizi socio educativi per minori a carico ”

ATTESTAZIONE FREQUENZA MENSILE

Il sottoscritto _____ in qualità di Legale Rappresentante dell’Ente sotto indicato, avvalendosi delle disposizioni di cui agli artt. 46 e 47 e art. 5 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al DPR 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni previste dall’art. 76 e della decadenza dai benefici previsti all’art. 75 del medesimo T.U. in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA che

il minore _____
nel mese di _____

**HA FREQUENTATO
il seguente servizio socio educativo**

- l’Asilo nido
- il Centro per l’infanzia con pasto e sonno
- il Centro per l’infanzia senza pasto e sonno
- il Nido domiciliare

Denominazione _____

Ubicazione del servizio:

Comune _____

Via _____ n. _____

Soggetto titolare dell’autorizzazione _____ n. _____ del
_____ e dell’accreditamento n. _____ del _____

Con le modalità di cui alla seguente tabella e comunque per almeno 16 giorni di frequenza mensili, eventualmente comprensivi anche di giorni di malattia attestati dal pediatra con apposita certificazione,

Data	Orario entrata	Orario uscita	Eventuali assenze (indicare tipologia e certificazione)	Firma genitore	Sigla Ente Gestore
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			
//_	M.	M.			
	P.	P.			

Data	Orario entrata	Orario uscita	Eventuali assenze (indicare tipologia e certificazione)	Firma genitore	Sigla Ente Gestore
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			
//___	M.	M.			
	P.	P.			

Riepilogo mensile

Giorni di presenza _____

Ore di presenza _____

I genitori/esercenti la potestà genitoriale
(Nome e cognome) _____
prendono atto di quanto attestato.

Luogo e data _____

Firma del Legale Rappresentante

Firma dei genitori/esercenti la potestà genitoriale

La presente attestazione è composta da n. _____ pagine numerate da _____ a _____