



Allegato C

### Retta/tariffa mensile applicate Misura regionale “Nidi gratis” per l’anno educativo 2024/2025

Il/la sottoscritto... ..  
 in qualità di Legale Rappresentante di .....  
 soggetto titolare dell’autorizzazione al funzionamento e dell’accreditamento del servizio per la  
 prima infanzia denominato .....  
 con sede nel Comune di ..... presso .....  
 .....  
 C.F. .... P.Iva .....

con riferimento all’Avviso pubblico per il sostegno della frequenza dei servizi educativi per la prima infanzia per l’anno educativo 2024/2025 – Misura NIDI GRATIS, emanato dalla Regione Toscana

#### DICHIARA

- Che per la frequenza del servizio, per l’anno educativo 2024/2025 saranno applicate le seguenti tariffe, comprehensive del servizio mensa:

Modulo orario di frequenza	Tariffa/retta mensile applicata

- Che l’importo previsto ai fini della preiscrizione o iscrizione al servizio per l’A.E. 2024/2025, **non coperto dal contributo Nidi Gratis**, è pari ad € \_\_\_\_\_

In fede

Data

.....

.....

Si allega copia del documento di identità del sottoscrittore e la documentazione prevista dall’avviso