

Allegato C -rette/tariffa

**Retta/tariffa mensile applicate Misura regionale “Nidi gratis” per l’anno educativo 2026/2027**

Al Comune di Ponte Buggianese  
Alla cortese attenzione del  
Responsabile dell’ Area  
Amministrativa e Servizi alla  
Persona

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 2026/2027 – Misura NIDI GRATIS, emanato dalla Regione Toscana

**D I C H I A R A**

- Che per la frequenza del servizio, per l’anno educativo 2026/2027 saranno applicate le seguenti tariffe, comprensive 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. 2026/2027, **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