



BILDUNGSJAHR _____
ANTRAG UM TARIFBEFREIUNG KINDERGARTEN/MENSA
KINDER MIT BEHINDERUNG

Der/Die Unterfertigte: _____

geboren am: _____ in: _____

Steuernummer: _____

In seiner/ihrer Eigenschaft als Elternteil, der die elterliche Verantwortung gegenüber seinem Sohn bzw. seiner Tochter ausübt (Vor- und Nachname):

eingeschrieben im Kindergarten: _____

eingeschrieben in folgender Schule: _____

beantragt

die Befreiung von der Bezahlung der Kindergartenbesuchsgebühr bzw. der Mensagebühr laut geltenden Beschlüssen des Stadtrates für Kinder mit Behinderungen (gemäß Art. 4 des Gesetzes vom 05. Februar 1992, Nr. 104).

Der/Die Antragsteller/in ist sich bewusst, dass im Falle unwahrer Erklärungen oder der Vorlage falscher Urkunden er/sie den strafrechtlichen Folgen gemäß Art. 76 des D.P.R. 28/12/2000, Nr. 445 in geltender Fassung unterliegt und

erklärt in der Gemeinde _____ ansässig zu sein

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

e-Mail-Adresse: _____

Anlage: Befund des Ärztekollegiums zur Feststellung der Behinderung laut Artikel 4 des Gesetzes Nr. 104 vom 5. Februar 1992

Ort und Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/in