



Allegato D - Modulo RENDICONTAZIONE MAMME IMPRENDITRICI

| | | | | |
|--|-----------|-------|-----|------------|
| Trasmissione della domanda a mezzo: Piattaforma RESTART | dalle ore | 10:00 | del | 01/12/2026 |
| | alle ore | 19:00 | del | 01/03/2027 |

BANDO PER LA CONCESSIONE DI CONTRIBUTI A SOSTEGNO DELLE MAMME IMPRENDITRICI PER FAVORIRE LA L'ARMONIZZAZIONE DEI TEMPI DI VITA E DI LAVORO - ANNO 2026

CUP:*

NON scrivere a penna, NON SCANSIONARE il presente documento, pena l'esclusione dello stesso - **vedasi art. 6 comma 11 e comma 15, punto 10 del bando "esclusione automatica"**

NB: Istruzioni per la compilazione:

1. **Compila:** Il documento è un modulo interattivo. Clicca sugli spazi bianchi e digita i dati richiesti direttamente dal tuo computer.
2. **Se usi il Browser (Chrome, Safari, Edge):** Se stai compilando direttamente dal browser internet, non chiudere semplicemente la pagina. Per non perdere i dati, clicca in alto a destra sull'icona della freccia verso il basso (Scarica) e seleziona obbligatoriamente l'opzione "Con le tue modifiche".
3. **Se usi Adobe Acrobat Reader:** Se hai aperto il file con il programma Adobe, una volta terminato vai nel menu in alto a sinistra su File > Salva con nome...
4. **Rinomina il file:** In entrambi i casi, al momento del salvataggio, cancella il nome attuale del file e scrivi : **"ALLEGATO_D_Bando_26MI_nome dell'impresa.pdf"**
5. **Invia:** Salva il file definitivo sul tuo desktop e procedi alla firma digitale (cades, .p7m) e all'invio come indicato nel bando.

| | | | |
|-------------------|--|------|--|
| La Sottoscritta*: | | | |
| Nata a*: | | Il*: | |



| | | | |
|-----------------|--|---------|--|
| Provincia*: | | C.F.*: | |
| Residente a*: | | Prov.*: | |
| In Via/Piazza*: | | N°*: | |

nella sua qualità di*:

| |
|--|
| |
|--|

dell'impresa di seguito indicata:

| | |
|-----------------|--|
| Denominazione*: | |
| Cod. Fisc.*: | |

consapevole delle **responsabilità penali** richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione e uso di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità, ai sensi degli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 445/2000;

DICHIARA:

1. di aver preso visione del "Bando per la concessione di contributi a sostegno delle mamme imprenditrici per favorire l'armonizzazione dei tempi di vita con i tempi lavoro - anno 2026" e di accettare tutte le norme ivi contenute, anche quelle non specificamente richiamate nel presente modulo, compreso l'obbligo di allegare alla pratica telematica la documentazione completa indicata nel bando;
2. di aver letto e accettato l'informativa sul trattamento dei dati personali apposta in calce al Bando suindicato e [al presente link](#);

DICHIARA di aver iscritto il/la proprio/a figlio/a al seguente asilo nido o micro nido o scuola dell'infanzia, che lo/la stesso/a ha frequentato nel periodo intercorrente tra il 01/01/2026 e il 31/12/2026:

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|---------|--|
| 1 | Nome e Cognome del figlio/a*: | | | |
| | Denominazione Istituto*: | | | |
| | C.F./P.Iva .Istituto*: | | | |
| | Indirizzo*: | | Cap.*: | |
| | Comune*: | | Prov.*: | |

| | | |
|---|-------------------------------|--|
| 2 | Nome e Cognome del figlio/a*: | |
|---|-------------------------------|--|



| | | | |
|--------------------------|--|---------|--|
| Denominazione Istituto:* | | | |
| C.F./P.Iva .Istituto:* | | | |
| Indirizzo:* | | Cap.:* | |
| Comune:* | | Prov.:* | |

| | | | | |
|----------|-------------------------------|--|---------|--|
| 3 | Nome e Cognome del figlio/a:* | | | |
| | Denominazione Istituto:* | | | |
| | C.F./P.Iva .Istituto:* | | | |
| | Indirizzo:* | | Cap.:* | |
| | Comune:* | | Prov.:* | |

- di essersi avvalsa del supporto domiciliare a favore di minori affetti da gravi patologie croniche figli di imprenditrici con i requisiti previsti dal bando. Allo scopo alla documentazione della spesa sostenuta allega l'attestazione del pediatra (o del medico pro-tempore competente) che dichiara l'impossibilità del bambino/ragazzo a frequentare gli asili nido o la scuola dell'infanzia o altri percorsi scolastici fino al compimento del diciottesimo (18°) anno di età. Indicare di seguito il Nome e Cognome del figlio/a:

| | |
|-----------------|--|
| Nome e Cognome: | |
| C.F.: | |

Con riferimento alla misura **INPS "BONUS ASILO NIDO E SUPPORTO DOMICILIARE 2026"** consapevole che il contributo di cui al Bando della Camera di Commercio di Padova è cumulabile con altri contributi pubblici anche nei casi in cui tali altri contributi pubblici non siano giuridicamente inquadrabili come aiuti di Stato ai sensi dell'art 107 del TFUE, purché non sia superata un'intensità massima del 100% dei costi sostenuti relativamente agli stessi costi ammissibili (divieto di sovracompensazione).

DICHIARA

che le fatture/ricevute presentate per il bando in oggetto per le spese previste dall'art. 4, comma 2 lettera **E** e lettera **F**, rispettivamente:

- **Spese per la frequenza di scuole dell'infanzia, asili nido o micronidi fino al compimento del sesto anno di vita del/la bambino/a**
- **Spese per il supporto domiciliare a favore di minori affetti da gravi patologie croniche**

NON HANNO fruito della sovvenzione prevista dal **Bonus INPS 2026**

HANNO fruito della sovvenzione prevista dal **Bonus INPS 2026**

in caso abbiano fruito della sovvenzione INPS elenca di seguito la quota di spesa per la quale si



richiede la sovvenzione a carico del bando camerale:

| n. | denominazione Asilo o Supporto domiciliare | Numero e data Fattura/Ricevuta. | Importo Totale | Quota Bonus INPS Nido 2026 | Quota contributo camerale |
|----|--|---------------------------------|----------------|----------------------------|---------------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |

Nel caso in cui la mamma imprenditrice usufruisca del welfare aziendale per le spese presentate, dichiarare nella tabella sottostante i benefit ricevuti:

| Denominazione Welfare | importo benefit | N° fattura/ricevuta beneficiaria del benefit |
|-----------------------|-----------------|--|
| | | |
| | | |

Dichiara che l'IVA sulle spese sostenute direttamente dalla mamma imprenditrice, non imputabili all'impresa, è:

Integralmente Indetraibile

Inoltre dichiara che

1. tutte le fatture per spese direttamente sostenute e **NON** imputate all'impresa e i documenti allegati alla presente rendicontazione sono conformi agli originali conservati presso la propria residenza o in modalità telematica verificabile;



2. che il presente **Allegato D** e tutte le fatture per spese direttamente sostenute, sono state consegnate al Legale Rappresentante dell'impresa per la loro allegazione alla pratica telematica di rendicontazione.

La Sottoscritta delega la/il legale rappresentante presentatrice/re della domanda di contributo di seguito indicata/o:

| | |
|------------------|--|
| Nome e Cognome*: | |
| C.F.*: | |

e/o l'intermediario/a dalla/o stessa/o delegato/a:

| | |
|------------------|--|
| Nome e Cognome*: | |
| C.F.*: | |

ad allegare il presente modello e la documentazione delle spese sostenute direttamente dalla sottoscritta (fatture e quietanze) e altri documenti previsti dal bando, alla pratica telematica di richiesta di liquidazione del contributo.

FIRMA

firma digitale della Mamma Imprenditrice

INFORMAZIONI EX ART. 13 e 14 GDPR RELATIVE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RACCOLTI NELL'AMBITO DELLA PROCEDURA DI EROGAZIONE DEL BENEFICIO

L'informativa è disponibile al link:

<https://www.pd.camcom.it/it/privacy-note-legali/doc-informative-privacy/informativa-bandi-contributivi.pdf>