



Allegato 1a
Modulo Manifestazione d'interesse

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

rivolto ai prestatori dei servizi accreditati di asili nido o micro-nido, per la creazione di un elenco di strutture idonee all'utilizzo dei voucher destinati ai nuclei familiari, con minori a carico di età compresa tra 0 e 36 mesi, per la frequenza in asili nido e micro-nidi, accreditati con l' Ambito Territoriale Sociale S01_1

**Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 10 del 05/02/2018
BURC n. 10 del 5 Febbraio 2018**

Prot. N _____

Spett. le AMBITO TERRITORIALE _____
C/O Capofila Comune di _____
Via _____

Il/La sottoscritto/a

Nato/a Il

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente)

Con sede legale a.....

CAP Indirizzo

Tel. fax

e-mail

E con sede operativa a

Prov CAP via email

..... fax PEC

Partita Iva

MANIFESTA L'INTERESSE

Alla iscrizione nell'Elenco dei Soggetti erogatori di servizio Nido - Micro Nido 0-36 mesi operanti presso l'Ambito Territoriale S01_1 di seguito si dichiarano gli estremi dell'atto di accreditamento:

Accreditamento

Atto n. del Rilasciato dall'AmbitoS01_1

A tal fine dichiara:

1. Di essere un Nido o Micro Nido accreditato in possesso dei requisiti, previsti per le singole categorie, dal "Catalogo dei servizi di cui al Regolamento di esecuzione della Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11" approvato con D.G.R. n. 107 del 23/04/2014, nonché dalla normativa di riferimento.
2. Di avere la seguente natura giuridica
 - a) Cooperativa Sociale
 - b) Consorzio (specificare la composizione del consorzio)
 - c) Organizzazione di Volontariato
 - d) Organizzazione di promozione sociale
 - e) Ente Ecclesiastico
 - f) Fondazione
 - g) Ditta individuale
 - h) Altro soggetto privato avente caratteristica PMI
 - i) Ente Pubblico (Comune)
 - l) Altro organismo pubblico (specificare) _____

**ULTERIORI INFORMAZIONI DELLA STRUTTURA O DEL SERVIZIO
E RELATIVA RAGIONE SOCIALE**

Denominazione della struttura o del servizio e relativa ragione sociale

Via _____ N. civ. _____

Città _____ CAP _____

Tel. _____ fax _____

Mail _____ PEC _____

- N. posti bimbo autorizzati: _____
 - *N. posti bimbo messi in disponibilità del presente Avviso:* _____
 - Articolazione oraria dei servizi erogati (specificare)
-

- Periodi, giorni di chiusura dell'attività nell'arco di un anno
-

- Tariffa/retta in vigore applicata per ciascuna tipologia/ fascia oraria del servizio

Retta giornaliera	€ _____	Per numero di ore _____
Retta mensile	€ _____	Per numero di ore _____
Retta trimestrale	€ _____	Per numero di ore _____
Retta annuale	€ _____	Per numero di ore _____

Ovvero € Tariffa oraria _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

resa ai sensi dell'art. 46 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il/La sottoscritto/a

Nato/a Il

C.F. Residente a

CAP Indirizzo

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore

.....
consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art.76 del succitato T.U. per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni e della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi e per gli effetti dell'art.75 del medesimo T.U dichiara:

- **di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale, ai sensi della vigente normativa;**
- **di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.**

Inoltre SI IMPEGNA A:

- accettare di erogare i servizi messi a catalogo stipulando apposito accordo con il beneficiario del finanziamento, che regolerà le modalità di pagamento e realizzazione del servizio;
- comunicare qualsivoglia modifica, variazione e revoca;
- rispettare la normativa lavoristico - previdenziale e a tutela delle condizioni nell'ambiente di lavoro con riguardo ai propri addetti e alle condizioni di salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente nonché nel rispetto della contrattazione collettiva di riferimento.

Luogo e data

firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni.

Data, ____/____/____

Timbro e firma del Legale Rappresentante
