











RICHIESTA ASSEGNAZIONE POSTO - BAMBINO per l'accesso ai servizi educativi per la prima infanzia (3-36 mesi) accreditati e convenzionati con il Comune di Scandicci per l'anno educativo 2017/2018 - D.D. Regione Toscana 5331/2017

| II/la sottoscritto/a | | C.F | | | | | | |
|---|---------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|
| nato/a il | a | | | | | | | |
| e residente a | Via/Piazza | | | | | | | |
| Nazionalità | , genitore/tutore d | el/la bambino/a | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| RICHIEDE L'ASSEGNAZIONE DEL POSTO-BAMBINO, di cui all'Avviso Pubblicato dalla Regione Toscana con Decreto Dirigenziale n. 5331/2017 finalizzato al sostegno dell'offerta di servizi educativi per la prima infanzia (3-36 mesi) – a.e. 2017/2018, presso la seguente struttura privata accreditata: | | | | | | | | |
| ALBEROMAGO | IL KOALA | LAGODRAGO | | | | | | |
| DOLCENIDO | IL GUFO | MENARINI BABY | | | | | | |
| HAKUNA MATATA | L'OASI | ROSSOCANARINO | | | | | | |
| KOALA BLU | LA PINETINA | S. Cuore S. Colombano | | | | | | |
| A tal fine consapevole che in caso di mendacio, falsità in atto o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/2000, l'Amministrazione Comunale provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del medesimo decreto, ai sensi degli articoli 46 e 47 DPR n. 445/2000 DICHIARA: | | | | | | | | |
| Nome e Cognome del/ | della bambino/a: | | | | | | | |
| Nazionalità: | Nato/a a (Com | une di nascita): | | | | | | |
| Prov il (obbligatorio): C.F | | | | | | | | |
| Nome e Cognome del genitore/tutore Residente in | | | | | | | | |
| Via/Piazza: | | | | | | | | |
| CAP | | | | | | | | |
| Domicilio (della famiglia) (da compilarsi solo se diverso dalla residenza): | | | | | | | | |
| | | I | | | | | | |
| In lista d'attesa presso il Comune di SCANDICCI | | | | | | | | |

DICHIARA INOLTRE

| □ di non ave | r dato confe | erma di posto - | - bambino per l'a | anno educativ | o 2017/20 | 018 in altri Co | muni. | |
|--|--|--|--|----------------------------------|--|-----------------------------|----------------------|--|
| | | | ente l'assegnaz l'anno educativo | | | | | |
| | | | (inf ata presentata ir | | | | Allegato | A Decreto |
| | | | | | | | | |
| | | Scheda Prev | visione Finanzi Dettaglio dei d | | | ı.e. 2017/201 | 8 | |
| Nome e cognome del/la bambino/a | Data di nascita | Data presunta di inizio frequenza | n. giorni settimanali di iscrizione | Orario giornaliero | Tariffa mensile dovuta escluso costo dei pasti | fine | Totale mesi | Totale spesa escluso spese iscrizione e costo dei pasti |
| | | | □ Cinque □ Altro (specificare) | Indicare: fascia oraria: | | | | |
| | | | | e n° ore: | | | | |
| Spazio per | eventuali n | ote: | | | | | | |
| | iarazione de | | resentante del s à | ervizio educa | itivo dell'a | vvenuta iscriz | zione al s | ervizio |
| all'Amminis | strazione Coni sostitutiv ni sostitutiv ro o che i | omunale proc /e, e che nel c documenti p | ere a conosce edere ad idone aso dal contro resentati siano | ei controlli, a Illo emerga d | nche a ca che il con | ampione, su tenuto delle | lla verid autodic | icità delle hiarazioni |
| II/la sottosci 196/2003. | ritto/a autor | izza al trattam | ento dei dati p | oersonali e ri | feriti al se | ervizio, ai se | nsi del [| Decr. Lgs. |
| Data | | | Firma della | Richiedente | | | | _ |













Dichiarazione del rappresentante legale del servizio educativo accreditato per l'assegnazione del posto - bambino a.e. 2017-2018 Spett.le

| OGGETTO: PC all'offerta di se gestore del sei | rvizi educa | | | Ufficio Via CAP_ Attività B.2.1. | 1.A. Avvis | Città | co per il sos | |
|---|--------------------|--|---|---|---|----------------------|--|-------------------|
| Io sottoscritto/a | | | C.F. | | , | | a | |
| | | e | residente | a | | | | piazza della |
| (società/coopera Soggetto ges " | store d | el Servizio | educativo " | per la | prima sede | infan: nel | | ninato di |
| accreditato co | | via/p.zzaSUAP n. | del ai fini dell | //201_ 'assegnazione | del posto-b | ichiesta ambino a | del/la Sig./ | zato e 'Sig.ra |
| Nome e cognome del/la bambino/a | Data di nascita | Data effettiva di inizio frequenza | n. giorni settimanali di iscrizione | Orario giornaliero | Tariffa mensile dovuta escluso costo pasti | Totale mesi | Totale spes a.e. 2017/20 escluso sp iscrizione e costo dei p | 018 ese |
| | | | ☐ Cinque☐ Altro (specificare) | Indicare: fascia oraria: | | | | |
| | | | | e n° ore: | | | | |
| Il sottoscritto au | | | dati personali e | riferiti al serv | izio, ai sen | si del D. L | _gs. 196/2003 | 3. |
| data// 2 | | | | | | | · | |
| | | | | | (1 | firma) | | |