

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 2016/17 - D.D. Regione Toscana 735/16

Il/la sottoscritto/a _____ C.F. _____

nato/a il _____ a _____

e residente a _____ Via/Piazza _____

Nazionalità _____, genitore/tutore del/la bambino/a _____

RICHIEDE

L'ASSEGNAZIONE DEL POSTO-BAMBINO, di cui all'Avviso Pubblicato dalla Regione Toscana con Decreto Dirigenziale n. 735/16 finalizzato al sostegno dell'offerta di servizi educativi per la prima infanzia (3-36 mesi) - a.e. 2016/17, presso la seguente struttura privata accreditata:

Alberomago	<input type="checkbox"/>	Dolcenido	<input type="checkbox"/>	Hakuna Matata	<input type="checkbox"/>
Koala Blu	<input type="checkbox"/>	Il Koala	<input type="checkbox"/>	S. Cuore S. Colombano	<input type="checkbox"/>
La Pinetina	<input type="checkbox"/>	Lagodrago	<input type="checkbox"/>	Oasi	<input type="checkbox"/>
Rossocanarino	<input type="checkbox"/>	Tre Piccoli Gufi	<input type="checkbox"/>		

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 (Comune 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): _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

In lista d'attesa presso il Comune di SCANDICCI

DICHIARA INOLTRE

- di non aver dato conferma di posto – bambino per l'anno educativo 2016/2017 in altri Comuni.
- di essere consapevole che la presente assegnazione del posto-bambino è valida esclusivamente per l'anno educativo 2016-2017 e che per l'anno educativo 2017/18 si rimanda a successiva normativa.

Scheda Previsione Finanziaria Posto Bambino a.e. 2016/17
Dettaglio dei costi dichiarati:

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	Data presunta di fine frequenza	Totale mesi	Totale spesa escluso spese iscrizione e costo dei pasti
			<input type="checkbox"/> Cinque <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Indicare: fascia oraria: _____ e n° ore: _____				

Spazio per eventuali note:

Il/la sottoscritto/a allega:

- Dichiarazione del Legale rappresentante del servizio educativo dell'avvenuta iscrizione al servizio
- Copia del documento di identità

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza che, ai sensi del DPR n. 445/2000, spetta all'Amministrazione Comunale procedere ad idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, e che nel caso dal controllo emerga che il contenuto delle autodichiarazioni non sia vero o che i documenti presentati siano falsi, la stessa provvederà a denunciare il fatto all'Autorità Giudiziaria.

Il/la sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali e riferiti al servizio, ai sensi del Decr. Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma della Richiedente _____

**Dichiarazione del rappresentante legale del servizio educativo accreditato
 per l'assegnazione del posto - bambino a.e. 2016-2017**

Spett.le
 Comune di _____
 Ufficio/Servizio _____
 Via _____
 CAP _____ Città _____

OGGETTO: POR Obiettivo "ICO" FSE 2014-2020 – Attività B.2.1.1.A. Avviso pubblico per il sostegno all'offerta di servizi educativi per la prima infanzia (3-36 mesi) – D.D.R. 735/2016. **Dichiarazione del gestore del servizio.**

Io sottoscritto/a _____ C.F. _____, nato/a il _____ a _____ e residente a _____ n. via/piazza _____ in qualità di Rappresentante legale della _____ (società/cooperativa/associazione) Soggetto gestore del Servizio educativo per la prima infanzia denominato " _____ ", con sede nel Comune di _____ via/p.zza _____ n. _____ autorizzato e accreditato con atto/i SUAP n. _____ del ___/___/201___, su richiesta del/la Sig./Sig.ra _____ ai fini dell'assegnazione del posto-bambino a.e. 2016/17.

dichiara che (compilare il prospetto di seguito riportato)

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	Totale mesi	Totale spesa a.e. 2016/2017, escluso spese iscrizione e costo dei pasti
			<input type="checkbox"/> Cinque <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	Indicare: fascia oraria: _____ e n° ore: _____			

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali e riferiti al servizio, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Si allega copia del documento di identità.

data ___/___/2016

 (firma)