

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO**

**FSR ANNO 2020 - QUOTA AGGIUNTIVA EMERGENZA COVID-19 - D.G.R n° XI/3663 DEL 13.10.2020**

**All’Ufficio di Piano**

**Ambito di Garbagnate M.se**

**ASC Comuni Insieme**

**Bollate**

**PEC:** [**comuni-insieme@pec.it**](mailto:comuni-insieme@pec.it)

IL/LA SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESIDENTE A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELL ’ENTE**

DENOMINATO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CON SEDE LEGALE A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE O PARTITA IVA DELL’ENTE GESTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATURA GIURIDICA DELL’ENTE GESTORE: PUBBLICA \_\_\_ PRIVATA \_\_\_\_ *(barrare con X)*

**GESTORE** **DEL SERVIZIO** (indicare la tipologia dell’unità di offerta Asilo nido, Micronido, Nido famiglia, Centro prima infanzia)

DENOMINATO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SITUATO A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E.MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(replicare nel caso di più servizi gestiti)*

**CHIEDE**

la CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO AGGIUNTIVO EMERGENZA COVID- 19 finalizzato al riconoscimento di un indennizzo per il mantenimento delle unità di offerta per la prima infanzia con sede nel territorio dell’Ambito di Garbagnate M.se, a seguito della riduzione o mancato versamento delle rette/compartecipazione da parte dei fruitori determinato dalla sospensione dei servizi in presenza a seguito delle misure adottate per contrastare la diffusione del COVID-19, pari a € 95,00 una tantum per posto in esercizio alla data del 30/09/2020, come indicato nell’Anagrafica Regionale AFAM.

**CONSAPEVOLE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI COMPORTANO L’APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PENALI**

**PREVISTE DALL’ART. 76 DEL DPR 445/2000 DICHIARA CHE:**

* *L’Unità d’Offerta denominata* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è in regolare esercizio e che la capacità ricettiva ovvero il numero dei posti in esercizio è di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ posti
* Il numero dei bambini iscritti per l’anno educativo 2019/2020 era di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Eventuale numero dei bambini con disabilità iscritti per l’anno educativo 2019/2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Valore medio per iscritto della retta applicata (per retta si intende il valore del Tempo piano al netto dei servizi accessori es. pre-post ecc…) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(replicare nel caso di più servizi gestiti)*

* **Le Coordinate bancarie** per procedere all’erogazione del contributo, se spettante, sono le seguenti: Intestatario del conto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(27 caratteri)*

* Il contributo richiesto non è diretto a sostenere i costi della struttura già coperti attraverso altre entrate/contributi a qualsiasi titolo percepiti

**ESPRIME**

con la firma in calce (o digitale), il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/16 (“GDPR”). I dati personali conferiti con il seguente consenso informato saranno trattati dall'ASC Comuni Insieme per lo sviluppo sociale, Ente capofila dell’Ambito, nella fase di controllo della documentazione ed erogazione del contributo e dall’ATS Milano Città Metropolitana nella fase di rendicontazione economica.

Allegati: carta identità del Legale Rappresentante

Luogo e Data di sottoscrizione Firma leggibile Legale Rappresentante

………………………………………………….. ………………………………………………………..…….