

Spett.le **Comune di Abbiategrasso**
Settore Servizi alla Persona
UFFICIO DI PIANO
Via San Carlo 23/c
20081 - Abbiategrasso
PEC:
comune.abbiategrasso@legalpec.it

DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE DEL FONDO SOCIALE REGIONALE 2020 - QUOTA AGGIUNTIVA EMERGENZA COVID-19

Il/la sottoscritto
nato a provincia il
residente a cap prov.
Via/piazza n.

IN QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE

DELL'ENTE
CON SEDE LEGALE A cap prov.
VIA/PIAZZA
C.F. o Partita I.V.A. Tel.
E-mail/PEC



COMUNE di ABBIATEGRASSO
Settore Servizi alla Persona



GESTORE DEL SERVIZIO

DENOMINATO

SITUATO A

cap

prov.

VIA/PIAZZA

CHIEDE

che venga concesso un contributo a titolo di indennizzo per il mantenimento della propria unità d'offerta per la prima infanzia - pari a € 95,00 una tantum per posto in esercizio alla data del 30/09/2020, come indicato nell'Anagrafica Regionale AFAM, a seguito della riduzione o del mancato versamento delle rette o della compartecipazione da parte dei fruitori, determinato dalla sospensione dei servizi in presenza a seguito delle misure adottate per contrastare la diffusione del COVID-19.

e, a tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera

DICHIARA:

a) di possedere i requisiti previsti dall'Avviso Pubblico per la presentazione delle richieste di contributo Fondo Sociale Regionale Quota aggiuntiva emergenza Covid-19 anno 2020 - DGR 3663 del 13.10.2020";

b) L'Unità d'Offerta denominata

risulta attiva e in regolare esercizio e presente nell'Anagrafica regionale delle unità d'offerta sociali - AFAM al 30.09.2020 con un numero di posti in esercizio pari a

c) di essere titolare dell'autorizzazione al funzionamento/Presentazione C.P.E. n.

data

d) che nell'anno educativo 2019/2020 sono stati iscritti n.

bambini, di cui n.

con disabilità;

e) che il valore medio per iscritto della retta applicata è di €



COMUNE di ABBIEGRASSO

Settore Servizi alla Persona



- f) che il contributo richiesto non è diretto a sostenere i costi della struttura già coperti attraverso altre entrate/contributi a qualsiasi titolo percepiti
- g) di aver correttamente compilato la scheda regionale *schede_analitiche_quota_covid-19*, allegata alla presente domanda;

ALLEGA

- La scheda regionale *schede_analitiche_quota_covid-19* debitamente compilata;
- Fotocopia del Documento d'identità del Legale rappresentante (esclusi i Comuni)

Coordinate bancarie per procedere all'erogazione del contributo, se spettante:			
C/C n.	<input type="text"/>	Banca	<input type="text"/>
Agenzia	<input type="text"/>		
Ragione sociale Ente gestore	<input type="text"/>		
IBAN/Conto di tesoreria Unica	<input type="text"/>		

data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
firma