**AVVISO PUBBLICO**
**INVITO A MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTO ALLE FAMIGLIE**
**PER L'ACCESSO A VOUCHER PER LA FREQUENZA DI SERVIZI DI NIDO E MICRO-NIDO**
**D.D. n. 10/2018 DG Politiche sociali e sociosanitarie Regione Campania**

## MODELLO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Al Protocollo Generale del Comune di Mercogliano -
Capofila Ambito Territoriale Sociale A02
Piazza Municipio, 1 – 83013 Mercogliano (AV)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___)

il ____/____/_____ residente a _____ (___)

alla Via/Piazza _____ n° ____ C.F. _____

Tel.: _____ PEC: _____ E-mail: _____

in qualità di *(eliminare la voce che non interessa)* **genitore/tutore** del minore

_____ nato/a a _____ (___)

il ____/____/_____ residente a _____ (___)

alla Via/Piazza _____ n° ____ C.F. _____

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi del D.Lgs. 445/2000 art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.Lgs.;

consapevole che tutte le dichiarazioni qui rese sono riferite alla data di presentazione della manifestazione d'interesse;

con la presente

## MANIFESTA INTERESSE

**ad essere inserito nella graduatoria dell'Ambito Territoriale Sociale A02 per i voucher di cui al D.D. n. 10/2018 DG Politiche sociali e sociosanitarie Regione Campania.**

Al riguardo,

## DICHIARA

- di aver preso sufficiente visione dell'Avviso pubblico *"Nidi e Micronidi: Voucher di servizio"* di cui al D.D. n. 10/2018 DG Politiche sociali e sociosanitarie Regione Campania e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

- di aver preso sufficiente visione del connesso Avviso pubblico *"Invito a manifestazione di interesse rivolto ai prestatori di servizi accreditati di nido e micro-nido disponibili a riservare posti per l'utilizzo di voucher D.D. n. 10/2018 DG Politiche sociali e sociosanitarie Regione Campania"* dell'Ambito Territoriale Sociale A02 e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni e prescrizioni ivi contemplate;

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza che i voucher, in caso di ammissione a finanziamento, potranno essere utilizzati nel periodo settembre 2018-luglio 2019 esclusivamente presso i servizi di asilo nido e micro-nido, regolarmente autorizzati e accreditati al funzionamento ai sensi della vigente regolamentazione regionale in materia, individuati dall'Ambito A02 con procedura di evidenza pubblica;

**DICHIARA**

di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

□ residenza in un comune privo di servizi di asilo nido/micro-nido a titolarità comunale (*per i residenti nei comuni di Contrada, Forino, Ospedaletto d'Alpinolo, Sant'Angelo a Scala e Summonte*);

□ iscrizione a lista di attesa per la frequenza di servizi di asili nido/micro-nido a titolarità comunale (*per i residenti nei comuni di Mercogliano e Monteforte Irpino*);

**DICHIARA**

quanto segue con riferimento all'ISEE presentato *(barrare la voce di interesse a seconda dei casi)*:

□ di allegare l'ISEE Ordinario perchè il minore interessato non ha genitori non coniugati tra loro e non conviventi

□ di allegare l'ISEE Minorenni perchè il minore interessato ha genitori non coniugati tra loro e non conviventi

**DICHIARA**

quanto segue con riferimento ai parametri per la formazione della graduatoria d'Ambito:

- che il valore ISEE di riferimento, come da certificazione allegata, è pari a € _____;
- che nel nucleo familiare sono presenti figli con disabilità □ Sì (specificare n. ____) □ No;
- di essere famiglia monoparentale □ Sì □ No

Si allega:

- copia documento di riconoscimento del firmatario, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

- se del caso, copia provvedimento autorità competente di individuazione quale tutore del minore;

- copia tessera sanitaria del minore;

- certificazione *"ISEE Ordinario"* o *"ISEE Minorenni con genitori non coniugati tra loro e non conviventi"*, a seconda dei casi.

Luogo e data: _____, ____/____/_____

Firma

_____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___)

il ____/____/_____ C.F. _____ in qualità di *(eliminare la voce che non interessa)*

**genitore/tutore** del minore _____ nato/a a _____ (___)

il ____/____/_____ C.F. _____

**DICHIARA**

- di essere informato/a che, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 196/03 e successive modificazioni e integrazioni, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato/a dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e che il titolare del trattamento dei dati è l'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale A02, e-mail: ambitosocialea02@comunemercogliano.it ;

**ESPRIME**

il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali forniti nei limiti del procedimento per il quale sono resi;

**AUTORIZZA**

il trattamento dei dati personali forniti, svolto con le modalità e per le finalità sopra indicate, e in conformità alle norme legislative e regolamentari vigenti e applicabili.

Luogo e data: Firma

_____, ___/___/_____ _____