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

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 le voci che non interessano)* **rappresentante legale/delegato/procuratore** del/della

_____

forma giuridica _____ con sede legale in _____ (___)

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

Partita IVA _____ Tel.: _____ PEC: _____

E-mail: _____

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

alla sottoscrizione di convenzione con l'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;
- di essere consapevole che l'Ambito A02 assumerà quale riferimento per le comunicazioni l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) indicato nel presente modello;

DICHIARA

- di rendere disponibili all'Ambito Territoriale Sociale A02, per l'anno educativo 2018/2019 (settembre 2018-luglio 2019), i seguenti posti in asilo nido e/o micro-nido regolarmente autorizzati e accreditati ai sensi del Regolamento Regione Campania n. 4/2014:

Tipologia servizio	***Denominazione servizio***	***Ubicazione servizio (Via, n°, comune)***	***Posti autorizzati e accreditati***	***Ore giornaliere di funzionamento***	***Estremi provvedimento autorizzazione e accreditamento***	***Posti resi disponibili per i voucher dell'Ambito A02***
□ Asilo nido □ Micro-nido						
□ Asilo nido □ Micro-nido						
□ Asilo nido □ Micro-nido						
□ Asilo nido □ Micro-nido						

In caso di necessità, inserire ulteriori righe.

Si allega:

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

- se del caso, procura/atto di delega debitamente sottoscritto dal soggetto delegante con allegato documento di identità in corso di validità del soggetto delegante;
- copia conforme all'originale del provvedimento di autorizzazione e accreditamento di ogni servizio di asilo nido e micro-nido reso disponibile per l'erogazione dei voucher dell'Ambito A02

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 le voci che non interessano)*

rappresentante legale/delegato/procuratore del/della _____

forma giuridica _____ con sede legale in _____ (___)

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

Partita IVA _____

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

_____, ___/___/_____ _____