*(da stampare su carta intestata)*

Spett.le

AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OGLIO PO”

Piazza Matteotti 2

46019 Viadana (MN)

tel. 0375 786230 - fax 0375 786288

PEC info@pec.consociale,it

**Oggetto : Domanda assegnazione risorse Fondo Sociale Regionale (DGR 3663/2020) – QUOTA COVID19**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a , il \_\_\_,

residente a

in via

telefono

indirizzo di posta elettronica

in qualità di **legale rappresentante** del/della (Comune/società/cooperativa/associazione ecc)

con sede legale a in via \_\_\_

telefono

indirizzo di posta elettronica

Partita I.V.A. Codice Fiscale \_\_\_

in qualità di Gestore

**CHIEDE IL CONTRIBUTO**

del Fondo Sociale Regionale anno 2020 (DGR 3663/2020) – QUOTA COVID19 per la seguente unità di offerta:

* Asilo nido,
* Micronido
* Nido famiglia
* Centro prima infanzia

e, a tal fine,

**DICHIARA**

Estremi dell’autorizzazione al funzionamento / presentazione CPE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominazione esatta dell’unità di offerta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denominazione dell’Ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale o partita IVA dell’Ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo della struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Natura giuridica dell’Ente gestore (pubblica/privata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero posti in esercizio dell’unità di offerta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero dei bambini iscritti per l’anno educativo 2019/2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale numero dei bambini con disabilità iscritti per l’anno educativo 2019/2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valore medio per iscritto della retta applicata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che l’indennizzo richiesto non è diretto a sostenere costi della struttura già coperti attraverso altre entrate/contributi a qualsiasi titolo percepiti.

che, sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 43 del DPR 445/2000 e s.m.i., i dati comunicati con la presente domanda sono veri e accertabili ovvero documentabili su richiesta dell’AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OGLIO PO”;

 Firma - *per espressa accettazione del punto b)*

 ……………………………………………………

**ALLEGA**

FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

Il contributo, qualora spettante, è da erogare mediante bonifico bancario presso:

Banca/Banco Posta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agenzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Luogo e Data Il Legale Rappresentante

 (timbro e firma)

…………………………………… ……………………………………

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo e Data Il Legale Rappresentante

 (timbro e firma)

…………………………………… ……………………………………