

Spett.le
Comune di Abbiategrasso
Settore Servizi alla Persona
UFFICIO DI PIANO
Via San Carlo 23/c
20081 - Abbiategrasso

**Oggetto: DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE REGIONALI
DEL FONDO SOCIALE REGIONALE - ANNO 2019**

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 _____

GESTORE DEL SERVIZIO _____

DENOMINATO _____

SITUATO A _____ cap _____ prov. _____

VIA/PIAZZA _____

CHIEDE

la CONCESSIONE DEL CONTRIBUTO in oggetto per i servizi e interventi sociali con sede nel territorio dell'Ambito territoriale di Abbiategrasso (Comuni di Abbiategrasso, Albairate, Besate, Bubbiano, Calvignasco, Cassinetta di Lugagnano, Cislano, Gaggiano, Gudo Visconti, Morimondo, Motta Visconti, Ozero, Rosate, Vermezzo con Zelo), descritti nelle schede regionali per la RENDICONTAZIONE ANNO 2018;

e, a tal fine,

DICHIARA

- a) di possedere i requisiti previsti dai “ Criteri relativi all’assegnazione dei contributi del Fondo sociale Regionale ai servizi socio-assistenziali anno 2019”;
- b) (per i soli Asili Nido o Micronidi privati accreditati) di essere accreditato dal ___/___/___ con provvedimento n. _____ del _____ del Comune di _____.
- c) di conoscere i contenuti dell’informativa di cui all’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati) e i propri diritti previsti dallo stesso decreto e di acconsentire alla comunicazione ad enti terzi dei propri dati e di quelli contenuti nella documentazione allegata alla presente esclusivamente per le finalità connesse all’esecuzione degli obblighi derivanti dalla presente domanda;
- d) di aver correttamente compilato N. _____ schede allegate alla presente domanda;
- e) che i dati qui dichiarati sono veri e accertabili ai sensi dell’art. 43 del DPR 445/2000 e s.m.i., ovvero documentabili su richiesta dell’Ufficio di Piano - Ambito di Abbiategrasso, c/o Comune di Abbiategrasso;
- f) Di aver avviato il servizio per cui richiede accesso al finanziamento in data _____

DICHIARA ALTRESI’

- che le Unità d’offerta per le quali è richiesto il contributo, alla data di presentazione della presente istanza, sono regolarmente in esercizio;

oppure

- di aver cessato la propria attività in data

ALLEGA

1) LE SEGUENTI SCHEDE DI RENDICONTAZIONE (indicare con una crocetta):

AREA ANZIANI E DISABILI

- Comunità alloggio disabili** - 2 schede denominate:
"CAD - CSS" e "schede_analitiche_udo_sociali_consuntivo_2018"
- Assistenza Domiciliare Anziani e Disabili** (Sad e Sadh), al fine di assolvere al debito informativo regionale - scheda denominata:
"servizi_domiciliari_consuntivo_2018"
- Comunità alloggio Sociale per Anziani** - scheda denominata:
"sch.analitica_udo_casa_consuntivo_2018"

AREA MINORI

- Servizio di assistenza domiciliare ai minori (ADM)** - scheda denominata:
"servizi_domiciliari_consuntivo_2018"
- Asilo Nido/Micronido pubblici** - 2 schede denominate:
"ASILO NIDO- MICRONIDO" e "schede_analitiche_udo_sociali_consuntivo_2018"
- Affidi** (familiari e inserimenti in Comunità) - scheda denominata:
"affidi_consuntivo_2018"

2) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE (esclusi i Comuni)

<p>Coordinate bancarie per procedere all'erogazione del contributo, se spettante: C/C n. _____ Banca _____ Agenzia _____</p> <p>Ragione sociale Ente gestore _____</p> <p>IBAN _____</p>

data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
timbro e firma