



Allegato A

REGIONE PUGLIA

**Area Politiche per la promozione della Salute, delle Persone, delle Pari Opportunità
Servizio Politiche per il Benessere Sociale e le Pari Opportunità**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'ISCRIZIONE NEL CATALOGO DELL'OFFERTA DI
SERVIZI DI CONCILIAZIONE VITA-LAVORO RIVOLTI ALL'INFANZIA E ALL'ADOLESCENZA**

Il/La sottoscritto/anato/a a
 il .../.../..... C.F. residente a
 CAP via
 in qualità di legale rappresentante del soggetto titolare e/o gestore (denominazione Ente)
 con sede legale a
 CAP. via
 telefono..... fax
 e-mail e con sede operativa a:.....
 Prov..... CAP via
 n°..... telefono fax posta elettronica certificata
@.....
 P.IVA.....

MANIFESTA L'INTERESSE¹:

alla **iscrizione nel Catalogo dell'offerta di servizi di conciliazione vita-lavoro rivolti all'infanzia e all'adolescenza in Puglia** del seguente servizio (*indicare solo la struttura/servizio per cui si è in possesso di apposita autorizzazione al funzionamento*):

1. asilo nido / micronido (art. 53)
2. sezione primavera (art. 53)
3. centro socio educativo diurno (art. 52)
4. centro ludico per la prima infanzia (art. 90)
5. ludoteca (art. 89)
6. centro aperto polivalente per minori (art. 104)

¹ Tutte le informazioni e i dati comunicati con il presente modulo di manifestazione di interesse si intendono rilasciati in regime di autocertificazione, ex DPR n. 445/2000 e a tal fine l'invio telematico del presente modulo equivale alla formale accettazione di quanto espressamente dichiarato.

- 7. Servizio per l'integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili (art. 92)
- 8. Servizi socio-educativi innovativi e sperimentali per la prima infanzia (art. 101)
- 9. servizio educativo per il tempo libero (art. 103)

per il quale si è in possesso di:

autorizzazione definitiva al funzionamento

a Atto n. ____ in data ____/____/____ del Comune di _____

b **Iscrizione nel Registro Regionale** determinazione num.____ del ____/____/____

A tal fine dichiara:

1) di essere in una delle seguenti condizioni (*indicare solo una delle due condizioni*):

a Struttura ammessa a finanziamento a valere sull'Asse III del PO FESR 2007/2013 – Linea di intervento 3.2. "Programma di interventi per l'infrastrutturazione sociale e sociosanitaria territoriale" o a valere su altri Assi del P.O. FESR 2007/2013

b Struttura realizzata con investimenti propri del soggetto titolare ovvero con altri finanziamenti regionali, nazionali e comunali diversi dai Fondi strutturali di cui al PO FESR 2007/2013

2) di avere la seguente natura giuridica:

- a Cooperativa sociale
- b Consorzio di (specificare la composizione del consorzio)
- c Organizzazione di volontariato
- d Organizzazione di promozione sociale
- e Ente ecclesiastico
- f Fondazione
- g Ditta individuale
- h Altro soggetto privato, avente caratteristica di PMI

- i Ente pubblico (Comune)
- l ASP, IPAB, altro organismo pubblico (specificare _____)

3) di operare nel seguente ambito di attività (indicare il codice ATECO, ove assegnato)

- 87.10.0 Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani
- 87.10.00 Strutture di assistenza infermieristica residenziale per anziani
- 87.20.00 Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti
- 87.30.00 Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili
- 87.90.00 Altre strutture di assistenza sociale residenziale
- 88.10.00 Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili
- 88.91.00 Servizi di asili nido e assistenza diurna per minori disabili
- 88.99.00 Altre attività di assistenza sociale non residenziale nca
- _____ Altro codice ATECO e denominazione (Indicare _____)

ULTERIORI INFORMAZIONI sulla struttura /sul servizio (fonte: Carta dei Servizi):

denominazione della struttura o del servizio e relativa ragione sociale

Via/Corso/Strada n. civ.

Città

CAP

TELEFONO

FAX

PEC

- mezzi pubblici di trasporto utili a raggiungere la sede sopra indicata:

- erogazione del servizio di trasporto per i minori da e per raggiungere la sede:

- tipologia di servizi erogati (descrizione principali prestazioni erogate)

- articolazione oraria dei servizi erogati:

- periodi/giorni di chiusura dell'attività nell'arco dell'anno

- tipologia e timing sull'erogazione dei pasti nell'arco della giornata (indicare se vi sono periodi dell'anno in cui non sono erogati i pasti):

- organizzazione interna (numero, tipologia e u.l.a impiegate):

- 1) coordinatore _____
- 2) educatore _____
- 3) assistente sociale _____
- 4) assistente d'infanzia _____
- 5) operatore sociosanitario o di base _____
- 6) terapista della riabilitazione _____
- 7) psicologo _____
- 8) altre figure sanitarie _____

- tariffa/retta in vigore applicata per ciascuna tipologia/fascia oraria di servizio

	4 hh/giorno	8 hh/giorno
retta giornaliera	€ _____	€ _____
retta mensile	€ _____	€ _____
retta trimestrale	€ _____	€ _____
retta annuale	€ _____	€ _____
<i>ovvero</i>		
tariffa oraria	€ _____ /h	

- numero posti/utente ovvero hh/utente e tipologia di servizi/posti offerti ai sensi della presente procedura:

MODALITA' DI ACCREDITAMENTO DEL BENEFICIO ECONOMICO

- Accreditamento su conto corrente bancario
- Accreditamento su conto corrente banco-posta

intestato a : NOME _____ COGNOME _____

IBAN

Banca Filiale/Agenzia di

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

resa ai sensi dell'art. 46 del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa approvate con D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

Il / la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il

_____ telefono _____ fax _____ PEC

_____ nella qualità di legale rappresentante di

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall'art.76 del succitato T.U. per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni e della decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazione non veritiera, ai sensi e per gli effetti dell'art.75 del medesimo T.U.

DICHIARA

- **di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale, ai sensi della vigente normativa;**
- **di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali.**

Inoltre,

SI IMPEGNA A

- accettare di erogare i servizi messi a catalogo ricevendo il pagamento di una quota o di tutta la tariffa indicata e applicata, con riguardo al servizio reso nei confronti dei soggetti di domanda che verranno selezionati dalla Regione Puglia con apposito Avviso, da parte degli Ambiti Territoriali sociali competenti;
- comunicare, con le modalità telematiche indicate nell'apposita piattaforma, qualsivoglia modifica, variazione e revoca ai sensi dell'art. 5 dell'Avviso per l'acquisizione di manifestazione di interesse all'iscrizione nel Catalogo dell'offerta;

- rendersi disponibile, per tutto il periodo di durata dell'inserimento nel catalogo in rilievo, e per il periodo successivo di attuazione del complessivo intervento di erogazione dei servizi per l'infanzia, a qualsivoglia richiesta di controlli, di informazioni, di dati, di documenti, di attestazioni o dichiarazioni da parte della Regione Puglia e da parte dell'Ambito Territoriale Sociale competente per territorio. La Regione Puglia, anche attraverso i Comuni, gli Ambiti territoriali e altri soggetti intermediari. I controlli potranno essere effettuati anche da funzionari dello Stato Italiano e dell'Unione Europea;
- rispettare la normativa lavoristico-previdenziale e a tutela delle condizioni nell'ambiente di lavoro con riguardo ai propri addetti e alle condizioni di salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente nonché nel rispetto della contrattazione collettiva di riferimento.

(luogo e data)

(firma)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Accetto

Data, __/__/____

Timbro e firma del
Legale Rappresentante

LA DIRIGENTE A. I.
del Servizio Politiche di Benessere Sociale e Pari Opportunità
Dott.ssa Anna Maria Candela