

**CITTA' DI CASTELLAMMARE DI STABIA
SETTORE POLITICHE SOCIALI- AMBITO N27**

MANIFESTAZIONE D' INTERESSE

all' Ambito Territoriale N27 ad essere iscritta nell'elenco delle strutture titolari/gestori di servizi per l'infanzia presso le quali verranno utilizzati i buoni servizio nell' Ambito dei Programmi degli Accordi Territoriali di Genere D.D n. 67 del 15/04/2016.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

C.F. _____ Residente a _____

Indirizzo _____ CAP _____

In qualità di Legale Rappresentante del soggetto titolare e/o gestore di:

con sede legale presso il comune di _____

Indirizzo _____

Tel _____ fax _____ e-mail _____

con sede operativa a _____ Prov. _____ CAP _____

via _____

Tel _____ fax _____ PEC _____

Partita Iva _____ Codice Fiscale _____

MANIFESTA L'INTERESSE

ad essere iscritta nell' elenco delle strutture titolari/gestori di servizi per l'infanzia presso le quali verranno utilizzati i buoni servizio nell' ambito dei Programmi degli Accordi Territoriali



CITTA' DI CASTELLAMMARE DI STABIA
SETTORE POLITICHE SOCIALI- AMBITO N27

di Genere D.D n. 67 del 15/04/2016, in qualità di (barrare con "X" la/e casella/e di interesse) :

| Servizi 0 – 36 mesi | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Nido d' Infanzia | <input type="checkbox"/> |
| Micro nido d' Infanzia | <input type="checkbox"/> |
| Spazio bambini e bambine | <input type="checkbox"/> |
| Centro per bambini e le famiglie | <input type="checkbox"/> |
| Ludoteca per la prima Infanzia | <input type="checkbox"/> |
| Servizi 3 -12 anni | |
| Ludoteca | <input type="checkbox"/> |
| Spazio bambini e bambine | <input type="checkbox"/> |
| Centro per i bambini e le famiglie | <input type="checkbox"/> |
| Centro estivo | <input type="checkbox"/> |
| Centro estivo con vitto 3-12 anni | <input type="checkbox"/> |

A tal fine dichiara:

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n.445 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

Di essere in possesso dei seguenti atti:

- **Autorizzazione al funzionamento**

Atto _____ In data _____

ente che rilascia _____

(si allega in copia)

- **Accreditamento per il servizio/i servizi indicati**

Atto _____ In data _____



CITTA' DI CASTELLAMMARE DI STABIA
SETTORE POLITICHE SOCIALI- AMBITO N27

ente che rilascia _____

(da compilare per ogni servizio indicato)
(si allega in copia)

Oppure:

Dichiaro di impegnarmi a regolarizzare la mia posizione rispetto all' autorizzazione e all'accreditamento prima della eventuale erogazione dei servizi, pena la cancellazione dall' elenco per il quale si produce manifestazione d' interesse.

Luogo e data

Timbro e firma
del Legale Rappresentante

AUTORIZZAZIONE ALTRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Li _____

Timbro e firma del Legale Rappresentante

