

Allegato A



**Modulo di domanda
MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RISERVATO AI SERVIZI EDUCATIVI PER LA PRIMA
INFANZIA ACCREDITATI, INTERESSATI ALL'ADESIONE ALLA MISURA REGIONALE
“NIDI GRATIS” PER L'ANNO EDUCATIVO 2024/2025.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____
_____ n. _____ C.F. _____ in
qualità di legale rappresentante dell'Ente Gestore (Impresa, Cooperativa, Associazione, ecc..)

sito in _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.F. _____ P.IVA _____

del **servizio educativo accreditato** per la prima infanzia denominato
_____ sito in _____

_____ Via/Piazza _____ n. _____

email _____ pec _____ telefono: _____

referente per la misura nidi gratis: _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

ad aderire alla Misura Nidi Gratis, per l'anno educativo 2024/2025 per il seguente servizio educativo per
la prima infanzia: _____

*A TAL FINE, CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI
MENDACI AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL DPR N. 445/2000, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA
RESPONSABILITÀ:*

DICHIARA

- di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni stabilite nell'avviso pubblico comunale e
“dell'Avviso pubblico MISURA NIDI GRATIS finalizzata al sostegno della frequenza dei servizi

educativi per la prima infanzia – a. e. 2024/2025”, approvato dalla Regione Toscana con Decreto Dirigenziale n. 5364/2024;

- che il servizio possiede tutti i requisiti richiesti dall'Avviso Pubblico Regionale e Comunale tra cui di essere in possesso di requisiti di solidità economica, patrimoniale e gestionale. A tal fine dichiara di poter produrre, alla data odierna, un DURC regolare e di non trovarsi in altre condizioni oggettive di difficoltà economica.;
- che le rette mensili che saranno applicate nell'a.e. 2024/2025 sono le seguenti (indicare tutte le tipologie di rette applicate anche se ci sono condizioni che ne determinano una possibile variazione in aumento o in diminuzione):

FASCE ORARIE	TARIFFE

• che gli importi, se previsti, richiesti all’utenza per la **preiscrizione o l’iscrizione al servizio**, non riconosciuti ai fini dei contributi regionali, sono i seguenti: _____;

• che gli importi richiesti all’utenza per la **refezione**, se calcolata separatamente dalla retta, non riconosciuti in tal caso ai fini dei contributi regionali, sono i seguenti: _____;

- di impegnarsi alla sottoscrizione di apposita convenzione con il Comune di Altopascio contenente le condizioni di partecipazione al progetto;
- essere informato che i dati personali conferiti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa nel rispetto dei principi di cui al GDPR 679/2016.

SI IMPEGNA

a fornire le ulteriori notizie, informazioni e documentazioni richieste per il prosieguo della procedura;

AUTORIZZA

il Comune di Altopascio:

- ad effettuare tutte le indagini tecniche e amministrative dallo stesso ritenute necessarie;
- a trattare i dati personali ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 esclusivamente per le finalità previste dall’Avviso pubblico.

ALLEGA

- **Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante**
- **Atto unilaterale d’impegno per l’adesione alla misura regionale NIDI GRATIS a.e. 2024/2025 (allegato “B”).**
- **Modulo Tariffe applicate (Allegato “G”)**

Data _____

Firma del legale rappresentante _____