

Spett.le

Comune di Abbiategrasso
Settore Servizi alla Persona
UFFICIO DI PIANO
PEC:
comune.abbiategrasso@legalpec.it

Oggetto: DOMANDA DI CONTRIBUTO PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE DEL FONDO SOCIALE REGIONALE - ANNO 2025

Il/la sottoscritto

nato a provincia il

residente a cap prov.

Via/piazza

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 (SOLO PER ENTI GESTORI DI ASILO NIDO, MICRONIDO, CAD E CSS):

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, Ozzero, Rosate, Vermezzo con Zelo), descritti nelle schede regionali per la RENDICONTAZIONE ANNO 2024;

Per i seguenti servizi/Unità d'offerta:

- ☐ Asilo Nido o Micronido pubblici o privati accreditati
- ☐ Assistenza domiciliare minori (ADM)
- ☐ Affidi a parenti entro il IV grado ed etero familiari
- ☐ Affidi di minori a Comunità Familiari, Educative ed Alloggi per l'autonomia
- ☐ Assistenza domiciliare anziani e disabili (SAD-SADH)
- ☐ Comunità Alloggio Disabili (CAD - CSS)

e, a tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 e consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera

DICHIARA

- a. di aver preso visione dei “Criteri relativi all’assegnazione dei contributi del Fondo sociale Regionale ai servizi socio-assistenziali anno 2025” e di possedere i requisiti ivi previsti;
- b. (per i soli Asili Nido o Micronido privati accreditati) di essere accreditato dal
 con provvedimento n. del del
Comune di ;
- c. di aver avviato il servizio per cui richiede accesso al finanziamento in data ;
- d. di aver correttamente compilato N. schede allegate alla presente domanda;
- e. Di aver letto e compreso l’Informativa sulla privacy “Informazioni sul trattamento dei dati personali” allegata all’Avviso pubblico ed esprime, il proprio consenso al trattamento dei dati personali;

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 e sono presenti nel gestionale AFAM con proprio codice CUDES;

oppure

- ☐ di aver cessato la propria attività in data ;

ALLEGA

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

- Comunità alloggio disabili – 2 schede denominate:
 - ☐ “schede_analitiche_udo_sociali_consuntivo_2024”
 - ☐ “scheda CAD-CSS”
- Assistenza Domiciliare Anziani e Disabili (Sad e Sadh) – 2 schede denominate:
 - ☐ “servizi_domiciliari_consuntivo_2024”
 - ☐ “schede_analitiche_udo_sociali_consuntivo_2024”

- Servizio di assistenza domiciliare ai minori (ADM) – 2 schede denominate:
 - ☐ “servizi_domiciliari_consuntivo_2024”
 - ☐ “schede_analitiche_udo_sociali_consuntivo_2024”
- Asilo Nido/Micronido pubblici e privati accreditati - 2 schede denominate:
 - ☐ “scheda NIDI-MICRONIDO”
 - ☐ “schede_analitiche_udo_sociali_consuntivo_2024”
- Affidi (familiari e inserimenti in Comunità) - 1 scheda denominata:
 - ☐ “affidi_consuntivo_2024”

Coordinate bancarie per procedere all'erogazione del contributo, se spettante:

C/C n. Banca

Agenzia

Ragione sociale Ente gestore

IBAN/Conto di tesoreria Unica

data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(firma **DIGITALE**)