

ALLEGATO A

FORMULARIO DI DOMANDA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
alla via \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
del Comune di \_\_\_\_\_ capofila dell'Ambito socio-territoriale  
\_\_\_\_\_.

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico "Un nido per l'infanzia" per i Comuni di appartenenza all'ambito e a tal fine

**REPLICARE E COMPILARE LE TABELLE PER OGNI COMUNE DELL'AMBITO PARTECIPANTE ALL'AVVISO**

PER IL SOSTEGNO ALL'ATTIVAZIONE DEI SEGUENTI SERVIZI EDUCATIVI<sup>1</sup>

COMUNE	TIPOLOGIA DI SERVIZIO CHE SI INTENDE ATTIVARE	N. DI BAMBINI RAGGIUNTI	N. DI ORE DEL SERVIZIO
Comune di _____	<input type="checkbox"/> <b>Nido/Micro-nido</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Sezione primavera</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>Servizi educativi in contesto domiciliare</b> <i>(per i soli Comuni con meno di 3.000 abitanti che in via eccezionale, non riuscendo ad attivare uno dei servizi principali di cui ai punti 1.2.1 e 1.2.2 art. 3 dell'Avviso, intendono ricorrere ad una formula di servizio più flessibile e meno onerosa, e comunque per un numero ridotto di bambini con età da 3 a 36 mesi, nel</i>		

<sup>1</sup> riportare nella tabella l'indicazione per ogni comune dell'ambito partecipante all'avviso.



## ALLEGATO A

	<p>numero massimo di fino a 3000 ab. e per massimo 5 bambini da 3 a 36 mesi)</p> <p><b>N.B.</b> La selezione di tale tipologia di servizio non consente di partecipare per l'attivazione di altre tipologie di servizio</p>		
	<input type="checkbox"/> <b>spazi gioco per bambini da 12 a 36 mesi</b> , privi di servizio mensa, con frequenza flessibile fino a un massimo di 5 ore giornaliere		
	<input type="checkbox"/> <b>centri per bambini e famiglie</b> che accolgono bambini dai primi mesi di vita insieme a un adulto accompagnatore, privi di servizio mensa, con frequenza flessibile;		
	<input type="checkbox"/> <b>prolungamento dell'orario giornaliero del servizio educativo</b> già presente per la fascia 0-6 anni, in fasce orarie aggiuntive rispetto all'orario standard garantito		

*N.B. E' possibile selezionare anche più tipologie di servizio. Solamente nel caso in cui si seleziona la tipologia "servizi educativi in contesto domiciliare", non è possibile selezionare altre tipologie.*

*ai fini dell'attribuzione del punteggio previsto dai criteri per la formulazione della graduatoria (9.2 dell'Avviso)*

## COMUNICA CHE

<p>Il comune di _____</p>
<input type="checkbox"/> è sprovvisto, per l'anno educativo 2021/2022 di tutti e tre i servizi di cui ai punti 1.2.1, 1.2.2 e 1.2.3 dell'art. 3 dell'Avviso <sup>2</sup>
<input type="checkbox"/> rientra nell' Area Interna (Strategie SNAI 14/20 e 21/27), o in alternativa è un Comune periferico/ultraperiferico confinante con una delle regioni limitrofe e con popolazione inferiore a 5.000 ab ( <i>ultimo censimento ISTAT</i> ).
<input type="checkbox"/> la presente proposta prevede di attivare un servizio educativo indirizzato a bambini CON FABBISOGNO SPECIALE n. bambini con fabbisogno speciale residenti, potenziali destinatari _____ requisito strutturale aggiuntivo <sup>3</sup> _____

<sup>2</sup> La dichiarazione sarà verificata anche tramite la consultazione del Rapporto SISB "I servizi socio-educativi per la prima infanzia in Basilicata" dati dell'anno educativo 2021/2022, adottato dall'Ufficio Politiche Sociali e Sistemi di Welfare della Regione Basilicata.

<sup>3</sup> Ad esempio: doppia mensa per intolleranze/allergie.

## ALLEGATO A

risorse professionali specifiche<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

altro \_\_\_\_\_

la presente proposta prevede di attivare un servizio educativo giornaliero di 8 ore per un numero complessivo di bambini pari a \_\_\_\_\_

*In riferimento al sostegno per l'attivazione dei servizi educativi per la fascia 0-6 anni, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell'Avviso*

Il Comune capofila dell'Ambito Socio-territoriale \_\_\_\_\_

### CHIEDE <sup>5</sup>

*(ai fini del calcolo del contributo da assegnare)*

COMUNE	Servizio	N. Bambini interessati dal servizio	N. Mes <i>i</i> di servizio	N. ore di servizio giornaliero	UCS mensile spettante <sup>6</sup>	Calcolo del contributo spettante <i>(a cura della piattaforma)</i>
xxxxxxx	yyyyyyy					A (UCS mensile spettante) X n° bambini interessati dal servizio X n° mesi di servizio <i>dove</i> A (UCS mensile spettante) = (459,75 € X numero di ore di servizio giornaliero) / 8 ore
	zzzzzzz					A (UCS mensile spettante) X n° bambini interessati dal servizio X n° mesi di servizio <i>dove</i> A (UCS mensile spettante) = (459,75 € X numero di ore di servizio giornaliero) / 8 ore
XXXXXXXXXX						

<sup>4</sup> Ad esempio: operatore di sostegno; interprete LIS; logopedista....

<sup>5</sup> riportare nella tabella i dati relativi al servizio educativo che si intende attivare, per ogni comune dell'ambito partecipante all'avviso, e per il singolo Comune, tante volte quante sono le UCS mensili spettanti. La somma del contributo richiesto per ciascun Comune non può superare l'importo di € 55.170,72.

<sup>6</sup> Calcolata come da Art. 5. 9 dell'AP

## ALLEGATO A

		<b>TOTALE</b>		Somma dei singoli contributi comunali richiesti
--	--	---------------	--	---

A completamento dell'istanza si allegano<sup>7</sup>:

Per il Comune di \_\_\_\_\_ si allega Dichiarazione del Rappresentante legale<sup>8</sup>

Comunicazione Titolare effettivo<sup>9</sup>

Il sottoscritto

---

---

<sup>7</sup> documenti da allegare per ogni comune dell'ambito partecipante all'avviso.

<sup>8</sup> Su format Allegato A.1

<sup>9</sup> Su format Allegato D



## ALLEGATO A

