

**Dichiarazione del rappresentante legale
del servizio educativo accreditato
per il quale le famiglie richiedono il Buono servizio**

Spett.le
Comune di _____
Uff. Servizi educativi
Via _____
CAP ____ Città _____

OGGETTO: L.R. 32/2002. Anticipazione regionale FSE 2014/2020 Avviso pubblico per la realizzazione di “Progetti di conciliazione vita familiare- vita lavorativa” rivolti ai servizi educativi per la prima infanzia (3-36 mesi) a.e. 2014/2015. DICHIARAZIONE DEL GESTORE DEL SERVIZIO.

Io sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____ e residente a _____
in Via/Piazza _____,
rappresentante legale di _____,
soggetto gestore del seguente servizio educativo per la prima infanzia
_____,
con sede nel Comune di _____ presso _____
_____, accreditato in data _____, su
richiesta della signora _____ ai fini dell’assegnazione
del Buono servizio per l’anno educativo 2014/2015,

dichiara quanto segue:

- ☐ di aver preso visione dell’Avviso pubblico per la realizzazione di “Progetti di conciliazione vita familiare- vita lavorativa” rivolti ai servizi educativi per la prima infanzia (3-36) – a.e. 2014/2015, di cui al D.D. n° 2553 del 18 giugno 2014.
- ☐ di essere disponibile alla stipula della convenzione tra i Comuni della Zona f.na Nord-Ovest (Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Unione di Comuni Fiesole-Vaglia) e il servizio per la prima infanzia che rappresenta, nel quale possono essere utilizzati i buoni servizio secondo le modalità previste dall’Avviso regionale di cui sopra.
- ☐ di essere in possesso dell’accreditamento

Il servizio presenta la disponibilità di posti per la frequenza del/la seguente bambino/a:

Nome e	Data di	Data effettiva	n. giorni	Orario	Tariffa	Totale	Totale spesa
--------	---------	----------------	-----------	--------	---------	--------	--------------

cognome del/la bambino/a	nascita	di inizio frequenza	settimanali di iscrizione	giornaliero	mensile dovuta	mesi	a.e. 2014/2015 escluso spese iscrizione
			<input type="checkbox"/> Cinque <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <hr/>	Indicare: fascia oraria: <hr/> e n° ore: <hr/>			

N.B La tariffa non è comprensiva dei pasti ☐

La tariffa è comprensiva dei pasti ☐

Il sottoscritto autorizza al trattamento dei dati personali e riferiti al servizio, ai sensi del Dec. Lgs. 196/2003.

Si allega copia del documento di identità.

Data

Firma del rappresentante legale
