**Allegato 1**

*(da redigere su carta intestata)*

Spett.le

Azienda Speciale Consortile Galliano

via dei Pizzi n. 3

22063 Cantù (CO)

tel. 031.4971340 - fax 031.717420

email: info@aziendaspecialegalliano.it

PEC aziendagalliano@pec.it

**Oggetto: Domanda assegnazione risorse Fondo Sociale Regionale (DGR 2915/2024)**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a \_\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di **legale rappresentante** del/della (Comune/società/cooperativa/associazione etc)

con sede legale a in via \_\_\_

telefono

indirizzo di posta elettronica certificata

Partita I.V.A. Codice Fiscale \_\_\_

In qualità di Gestore

**CHIEDE IL CONTRIBUTO**

del Fondo Sociale Regionale anno 2024 (DGR 2915/2024) per i seguenti Servizi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | Asilo Nido / Micronido / Nido Famiglia pubblico o privati accreditati/convenzionati con i Comuni dell’Ambito Territoriale di Cantù | Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| □ | Centro Ricreativo Diurno (C.R.D.) | Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| □ | Centro di Aggregazione Giovanile (C.A.G.) | Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| Denominazione Unità di Offerta:  |   |
| Situata a:  |   |
| Via/piazza:  |   |
| □ | Spese per affido in comunità o famiglie  |
| □ | Assistenza domiciliare anziani e disabili  |
| □ | Assistenza Domiciliare Minori**[[1]](#footnote-1)** |
| □ | Servizio Inserimenti lavorativi[[2]](#footnote-2) |

**DICHIARA**

Che, sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 43 del DPR 445/2000 e s.m.i., i dati comunicati con la presente domanda sono veri e accertabili ovvero documentabili su richiesta;

Con la sottoscrizione in calce, il legale rappresentante presta il proprio consenso informato al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 679/16 come indicato nel dettaglio nell’Avviso pubblico.

**ALLEGA**

* Scheda di rendicontazione – anno 2023 (Allegato 3) (esclusivamente per Asilo Nido / Micronido / Nido Famiglia privati accreditati/convenzionati con i Comuni dell’Ambito Territoriale di Cantù);
* Fotocopia del documento di identità del legale rappresentante;

Il contributo, qualora spettante, è da erogare mediante bonifico bancario presso:

Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agenzia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e Data Il Legale Rappresentante

 (timbro e firma)

…………………………………… ……………………………………

1. **Da considerare ad esclusione del Servizio A.D.M. gestito in forma associata dall’Azienda Speciale Consortile Galliano.**  [↑](#footnote-ref-1)
2. **Spese sostenute per le indennità di partecipazione ai tirocini.** [↑](#footnote-ref-2)