



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE "OVEST SOLIDALE"

Area amministrativa e gestionale

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

**AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE DELLE RISORSE REGIONALI PER I SERVIZI
PER LA PRIMA INFANZIA
DGR XI/3663 DEL 13/10/2020**

MODELLO DOMANDA

Spett.le
Azienda Speciale Consortile Ovest Solidale
aziendaovestsolidale@pec.it

Il/la sottoscritto/a, legale rappresentante dell'Unità d'offerta
denominata, avente sede in,
via.....

richiede di essere ammesso al contributo di cui alla quota aggiuntiva prevista dalla Dgr XI/3663 del 13/10/2020.

A tal fine dichiara:

Estremi dell'autorizzazione al funzionamento / presentazione CPE (codice cudes unità offerta)	
Tipologia dell'unità di offerta:	
Denominazione esatta dell'unità di offerta:	
Indirizzo sede della struttura:	
Denominazione dell'Ente gestore titolare:	
Codice fiscale o partita IVA dell'Ente	



AZIENDA SPECIALE CONSORTILE “OVEST SOLIDALE”

Area amministrativa e gestionale

(Berlingo, Castegnato, Castel Mella, Cellatica, Gussago, Ome, Ospitaletto, Rodengo Saiano, Roncadelle, Torbole Casaglia, Travagliato)

gestore:	
Indirizzo sede legale Ente gestore:	
Indirizzo mail Ente gestore:	
Natura giuridica dell'Ente gestore:	<input type="checkbox"/> pubblica; <input type="checkbox"/> privata
Numero posti in esercizio dell'unità di offerta:	
Numero dei bambini iscritti per l'anno educativo 2019/2020:	
Numero dei bambini con disabilità iscritti per l'anno educativo 2019/2020:	
Valore medio per iscritto della retta applicata:	
Codice IBAN aggiornato o gli estremi del conto di tesoreria unica:	

Chiede di poter ricevere un contributo di euro _____

Dichiara inoltre che l'indennizzo richiesto non è diretto a sostenere costi della struttura già coperti attraverso altre entrate/contributi a qualsiasi titolo percepiti.

.....,

In fede

Il Rappresentante legale

.....