



**AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO SOCIO – SANITARIO N. 3 DI CORIGLIANO
CALABRO**

Prod. 51393

12 NOV 2013

PIANO DI AZIONE E COESIONE

Delibera CIPE 26 ottobre 2012, n. 113

**AVVISO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PER L'ACCESSO AL FINANZIAMENTO DI SERVIZI DI CURA PER L'INFANZIA (0-3 anni)**

Premesso

Che con decreto n. 4 del 20 marzo 2013 il Ministero dell'Interno ha istituito un fondo per l'avvio di un Programma Nazionale denominato "Servizi di Cura alla prima infanzia" afferente al Piano di Azione e Coesione (PAC) di cui alla Delibera CIPE 26 ottobre 2012, n. 113;

Che con la citata Delibera sono stati destinati al Distretto Socio-Sanitario n. 3 di Corigliano Calabro, €. 453.637 per attivazione di servizi di cura per l'infanzia (0-3 anni),

Si invitano i soggetti interessati a produrre istanza al fine di accedere ai suddetti fondi.

Requisiti di accesso ai fondi

Possono accedere ai fondi i soggetti titolari e/o gestori di Asili Nido e Micro-Nido, Centri per Bambini e Famiglia, Servizi di Educatore Familiare / Domiciliare.

Utilizzo dei fondi

Detti fondi sono destinati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Aumento strutturale dell'offerta di servizi (asili nido pubblici o convenzionati; servizi integrativi e innovativi);
- Estensione della copertura territoriale e sostegno alla gestione delle strutture;
- Sostegno alla domanda e accelerazione dell'entrata in funzione delle nuove strutture;
- Miglioramento della qualità e della gestione dei servizi socio-educativi.

Presentazione della Domanda

I soggetti interessati dovranno produrre istanza, su schema di domanda predisposta dagli uffici comunali competenti, che conterrà informazioni in merito alla natura giuridica dell'ente gestore oltre alla tipologia del servizio educativo fornito, entro il 22 novembre 2013.

La domanda dovrà comunque contenere informazioni in merito:

- Denominazione e ragione sociale dell'Ente Gestore
- Tipologia del servizio offerto
- Periodo di apertura
- Capacità ricettiva
- N. Bambini iscritti
- Autorizzazione / Accredimento al funzionamento.

Gli interessati dovranno risultare Autorizzati e Accrediti al funzionamento ai sensi della Legge Regionale n. 15 del 24/03/2013 secondo quanto stabilito nel Regolamento di Attuazione n. 9 del 23/09/2013. (Si potrà avanzare istanza di Autorizzazione e Accredimento al Comune sede del Servizio, secondo le modalità di cui al punto 4.4 e seguenti del Regolamento citato).

ALLEGATI:

Allegato a) Schema di domanda

L'Assessore alle Politiche Sociali
del Comune di Corigliano Calabro
D.ssa Mariela Chiarico

Il Sindaco
del Comune di Corigliano Calabro
Dott. Giuseppe Geraci

PIANO DI AZIONE E COESIONE

Delibera CIPE 26 ottobre 2012, n. 113

AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO SOCIO - SANITARIO N. 3 DI CORIGLIANO
CALABROSCHEMA DI DOMANDA PER PER L'ACCESSO
AL FINANZIAMENTO DI SERVIZI DI CURA PER L'INFANZIA (0-3 anni)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di legale rappresentante dell'Ente di seguito indicato, titolare del servizio, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue:

Denominazione del Servizio				
Soggetto Gestore				
Natura Giuridica	<input type="checkbox"/> Ente Religioso	<input type="checkbox"/> Associazione	<input type="checkbox"/> Coop. Sociale	<input type="checkbox"/> Fondazione <input type="checkbox"/> Varie
Cod. Fiscale/Part. Iva				
Indirizzo	Via:		Località:	
Recapiti	Tel:	Fax:	E-Mail:	
Servizio	<input type="checkbox"/> Nidi		<input type="checkbox"/> Servizio Integrativo	
Tipologia	<input type="checkbox"/> Nido/Micronido infanzia	<input type="checkbox"/> Centro per bambini e famiglie	<input type="checkbox"/> Spazio gioco per bambini	
Periodo di apertura	<input type="checkbox"/> Anno educativo (settembre/giugno)		<input type="checkbox"/> Estensione Estiva (luglio/agosto)	
Giornate di apertura	<input type="checkbox"/> da lunedì a Venerdì	<input type="checkbox"/> Sabato	<input type="checkbox"/> Festivi	
Orario di apertura	<input type="checkbox"/> Tempo pieno (> 6 ore)	<input type="checkbox"/> Tempo parziale (< 6 ore)	<input type="checkbox"/> Flessibile a moduli	
Capacità Ricettiva (*)	<input type="checkbox"/> Lattanti (3-12) N. ____	<input type="checkbox"/> Semidivezzi (12-24) N. ____	<input type="checkbox"/> Divezzi (24-36) N. ____	
Bambini iscritti	<input type="checkbox"/> Lattanti (3-12) N. ____	<input type="checkbox"/> Semidivezzi (12-24) N. ____	<input type="checkbox"/> Divezzi (24-36) N. ____	
Lista di attesa	<input type="checkbox"/> Lattanti (3-12) N. ____	<input type="checkbox"/> Semidivezzi (12-24) N. ____	<input type="checkbox"/> Divezzi (24-36) N. ____	
Possesso Autorizzazione (*)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> In itinere	
Possesso Accreditamento (*)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> In itinere	

(*) Nel rispetto della Legge Regionale n. 15/2013 e del relativo Regolamento di attuazione n. 9 del 23/09/13.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

Timbro e firma

N.B. I dati raccolti devono, fare riferimento all'anno educativo 2012-2013.

I dati indicati nella presente scheda sono ad esclusivo uso del Comune di Rossano Servizi Sociali e saranno trattati secondo quanto previsto dal D.L. n. 196 del 30/6/2003