

**Dichiarazione del rappresentante legale  
del servizio educativo alla prima infanzia  
per il quale le famiglie richiedono il Buono Servizio Regionale**

Spett.le  
**Comune di Capraia e Limite**  
*Uff. Servizi Scolastici*  
Piazza 8 Marzo 1944 n.9  
CAP 50050 – Capraia e Limite

**OGGETTO: L.R. 32/2002. ANTICIPAZIONE REGIONALE FSE 2014/2020. “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 EDUCATIVO ACCREDITATO.**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
in qualità di legale rappresentante del servizio educativo per la prima infanzia denominato \_\_\_\_\_  
con sede nel Comune di \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_,  
su richiesta della sig.ra \_\_\_\_\_  
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 18/06/2014 così come modificato dal D.D. n.2822 del 01/07/2014.

di essere disponibile alla stipula della convenzione tra il Comune di Capraia e Limite 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, rilasciato da \_\_\_\_\_  
atto \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

il servizio presenta la disponibilità di posti per la frequenza del bambino/a;

Data effettiva inizio frequenza	Orario giornaliero	Tariffa mensile	Totale mesi frequenza	Totale spesa a.e. 2014/2015 escluso spese iscrizione
_____	_____ e n° ore: _____	_____	_____	_____

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

Timbro del Servizio