

Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

Prot. N. -----Del -- /--/---

Al Sindaco del Comune di SORRENTO

Al Direttore dell'Azienda Speciale Consortile

Al Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali del Piano Sociale di Zona

Domanda per l'accesso al Servizio¹: LABORATORI DI EDUCATIVA TERRITORIALE CENTRO RICREATIVO ESTIVO

Il/La Destinario/a² (dati del minore):

Il/La sottoscritto/a			
Nato/a a	(prov.)	(stato estero)	il//
Cittadinanza			
Documento di riconoscimen	to: tipo	, numero	_, scadenza / /
Codice fiscale///	///	/ <u>_/_/_</u> //_/	//
Residente in	, a		, n c.a.p
Indicare il rapporto che inter	corre tra segnala		
Nato/a a	(prov.)	(stato <mark>estero)</mark>	il//
Cittadinanza		7 23	
Documento di riconoscimen	to: tipo	, numero	_, <mark>s</mark> cadenza / /
Codice fiscale / / /		<u>/_/_/_/_/_/</u> /	//
Residente in	, a		, n c.a.p
Recapiti: tel.	, cell	, e-mail	:

¹ Per la compilazione della presente domanda e' possibile usufruire del supporto dell'ufficio servizi sociali dell'Azienda Speciale Consortile, presso il proprio comune di residenza.

² Per i destinatari sottoposti a tutela giuridica (es. minori, interdetti, ecc..), alla voce "Il/La Destinatario/a" devono essere inseriti i dati del destinatario del Servizio, mentre alla voce "Segnalante" devono essere inseriti i dati di chi esercita la tutela (es. genitore, tutore, ecc..).

Azienda Speciale Consortile per i servizi alla persona "Penisola Sorrentina"

DOMANDA D'ACCESSO AI SERVIZI

presenta Domanda di accesso al Servizio sopra indicato, ritenendo di essere in possesso dei requisiti previsti dal Regolamento "Criteri e modalità organizzative dell'erogazione dei servizi, dell'accesso prioritario" e dai Regolamenti relativi ai singoli Servizi, nonché da ulteriori protocolli d'intesa e/o accordi specifici con soggetti terzi.

a tal fine **COMUNICA** Di voler partecipare al servizio: □dal 03/07/2023 al 28/07/2023 (1° TURNO) □ dal 31/07/2023 al 25/08/2023 (2° TURNO) □ dal 03/07/2023 al 25/08/2023 (INTERO PERIODO) Di voler scegliere il seguente prestatore:

DICHIARA

- Di aver preso visione del Programma Organizzativo per l'erogazione del Servizio e del Relativo Regolamento
- Di essere consapevole che la compartecipazione alla spesa a proprio carico, dovrà essere versata attraverso la piattaforma tecnologica PagoPA, collegandosi al sito www.aspspenisolasorrentina.it, entro la data di scadenza del Bando di Accesso al Servizio; Qualora il cittadino scegliesse di partecipare per l'intero periodo, la quota di compartecipazione relativa al 2° turno dovrà essere versata entro il 14/07/2023;
- Di essere consapevole del fatto che l'erogazione delle prestazioni previste dal Servizio è subordinata all'effettiva partecipazione alla spesa. La mancata partecipazione alla spesa entro la data di scadenza del Bando di Accesso, comporta l'esclusione della presente domanda di accesso, in quanto incompleta.
- Di essere consapevole che, qualora intendesse rifiutare l'erogazione del Servizio, è tenuto a presentare formale rinuncia scritta presso l'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune di Residenza, prima della data di avvio del servizio e/o del periodo di erogazione di riferimento;

Si precisa che, qualora la domanda di accesso non fosse collocata utilmente in graduatoria, e/o il cittadino presentasse formale rinuncia scritta prima dell'avvio del servizio e/o del periodo di riferimento, potrà richiedere il rimborso totale della quota di compartecipazione versata, compilando l'apposito modulo presente sul sito http://www.aspspenisolasorrentina.it.

Autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679.

Autorizza, l'ASPS a fornire il proprio nominativo ed il relativo recapito al soggetto prestatore dei servizi sopra indicato.

Allega, alla presente domanda (contrassegnarli con una X):	
☐ fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda n incaricato;	ion sia sottoscritta in presenza di un operatore
□ copia della ricevuta del versamento della quota di compartecipazione	a proprio carico;
	;
Luogo e data:,,	Firma del Segnalante

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).