

**“Schema A” allegato alla manifestazione di interesse del Comune di  
SANTA CROCE DI MAGLIANO**

## **A V V I S O**

**per il finanziamento e l’attivazione di servizi educativi per la prima infanzia  
Capo II – Artt.36 – 37 e 38 del Regolamento n.1 del 2015 e smi in attuazione  
della legge regionale 6 maggio 2014, n.13 “Riordino del sistema regionale  
integrato degli interventi e servizi sociali”**

**Anno educativo 2023-2024**

**D.G.R. 266 del 07 settembre 2023**

**COMUNE di  
SANTA CROCE DI MAGLIANO**

**Determina del Responsabile del Servizio Affari Generali  
N.\_\_\_\_\_ del .....**

**Manifestazione di interesse di potenziali soggetti realizzatori del servizio  
di “Micro Nido” nel territorio comunale di SANTA CROCE DI MAGLIANO**

**anno educativo: 2023/2024**

*Modalità di invio: via posta certificata*

Il/la sottoscritto/a .....,  
in qualità di responsabile legale di (ragione sociale) .....  
con sede in Via ..... CAP .....  
città .....  
In ATI o ATS con \_\_\_\_\_

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 266/2023 di approvazione del Regolamento n.1/2015 di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali" che stabilisce i requisiti strutturali e organizzativi dei servizi educativi per la prima infanzia, e successive modifiche e integrazioni;

Vista la Determina del Responsabile del Servizio Affari Generali N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di recepimento Avviso regionale di cui alla DGR n. 266/2023

**MANIFESTA L'INTERESSE**

alla realizzazione, nel territorio del Comune di SANTA CROCE DI MAGLIANO per l'Anno educativo 2023-2024 del servizio denominato micronido destinato ai bambini di età compresa tra i \_\_ e i 36 mesi, così come definito dalla Legge Regionale n.13/2014 di cui al Regolamento n.1/2015 e successive modifiche e integrazioni, per un valore economico del servizio pari a €.(euro .....)

**A tal fine DICHIARA:**

1. di essere in possesso o non essere in possesso della prevista esperienza e di associarsi quindi in ATI/ATS con \_\_\_\_\_ capofila progetto,  
*(descrizione dettagliata dell'esperienza nella gestione di servizi socio-educativi per micro nidi- da documentare)*

.....  
.....  
.....  
.....

2. di aver individuato come sede del servizio di micronido **A.E. 2023/2024**) i locali siti in *(Comune, indirizzo)*

.....  
.....

.....  
3. di prevedere il funzionamento del servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, per n°.....  
mesi continuativi e per n. ore \_\_\_\_\_ giornaliere, per 5 giorni a settimana, articolate secondo il  
seguito orario (*descrizione dettagliata*):

.....  
.....  
.....

4. di disporre dei seguenti spazi interni ed esterni adeguati e idonei (*descrizione dettagliata con  
riferimento al Regolamento regionale n.1/2015*):

.....  
.....  
.....  
.....

5. di disporre dei seguenti arredi e/o attrezzature e/o materiali ludico-didattici (*descrizione dettagliata*):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. che verrà utilizzato il seguente personale educativo o ausiliario per il progetto, con indicazione  
dell'organigramma e dei profili professionali (*educatore, assistente ausiliario, ecc.*) *come richiesti dalla  
Legge Regionale n.13/2014 – Regolamento di attuazione n.1/2015*:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. di aver predisposto il progetto nel rispetto dei criteri funzionali e organizzativi previsti dalla  
Deliberazione della Giunta Regionale n. 59 del 10.02.2015 di approvazione del Regolamento di attuazione  
della Legge regionale 6 maggio 2014, n.13 "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e  
servizi sociali" che stabilisce i requisiti strutturali e organizzativi dei servizi educativi per la prima infanzia  
– micro nido e nello specifico quelli riferiti al servizio educativo per bambini di età compresa tra i \_\_ e i  
36 mesi di età, denominato “ \_\_\_\_\_”;

8. di essere in grado di sviluppare il seguente progetto pedagogico (*descrizione dettagliata*):

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

9. di impegnarsi ad adottare le seguenti procedure valutative della qualità del servizio (da allegare al rendiconto finale) (*descrizione dettagliata*):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. di impegnarsi a sottoscrivere la Convenzione con il Comune di SANTA CROCE DI MAGLIANO entro e non oltre 10 giorni dalla data di affidamento formale del servizio, pena l'automatica decadenza dal beneficio;

11. di inviare una relazione finale del servizio denominato “\_\_\_\_\_” – al Comune di SANTA CROCE DI MAGLIANO con la descrizione dettagliata dello stesso (inizio e fine attività, personale contrattualizzato e organizzazione - gestione delle attività) e il dettaglio delle spese sostenute, entro il 31-07-2024;

12. di agevolare il Comune e la Regione Molise nell'adempimento degli obblighi di monitoraggio previsti dall'utilizzo delle risorse del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione fornire tutte le informazioni allo scopo necessarie;

13. di accettare tutte le condizioni previste dal l'Avviso di riferimento.

.....li.....

Il legale rappresentante/ATI o ATS (Firma e Timbro allegare copia del documento di identità del dichiarante): .....

Si riportano di seguito i recapiti del referente della manifestazione di interesse:

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Numeri telefonici: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_