**.**

**Allegato A
DOMANDA DI AMMISSIONE**

****(articolo 5 dell’avviso)**

***N.B. I campi contrassegnati con \* sono obbligatori***

|  |
| --- |
| **AVVISO PUBBLICO** |
| ***per contributi a fondo perduto per contrastare gli effetti della grave crisi economica derivante dall'emergenza epidemiologica da COVID-19 per strutture operanti nei servizi educativi per l’infanzia e scuole di infanzia paritarie, in attuazione dell'art. 3 commi 5 e 6 della Legge Regionale n. 10 del 3 giugno 2020*****Il sottoscritto\*** - Titolare/Legale Rappresentante Firmatario della domanda

|  |
| --- |
|  |

**Luogo\* e data di nascita\***

|  |
| --- |
|  |

**Residente\* -** Comune, via – Prov. – CAP

|  |
| --- |
|  |

**Codice Fiscale\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**in qualità di\* -** Titolare/Legale rappresentante[] Titolare [] Legale Rappresentante**della struttura educativa\*** - Indicare la ragione sociale come da certificato di iscrizione alla CCIAA

|  |
| --- |
|  |

**con sede in\* -** Comune, via – Prov. – CAP della sede legale/operativa

|  |
| --- |
|  |

**Codice Fiscale/partita IVA\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PEC\***

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Tel.\*-email****Autorizzazione per l’anno scolastico 2019/2020\* -** Indicare numero e data dell’Autorizzazione nonché il Comune che l’ha rilasciata

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
| CHIEDE |

che l’importo eventualmente concesso sia accreditato sul seguente conto corrente bancario o postale intestato al destinatario del contributo, individuato come conto corrente:

[]Bancario []Postale Intestato a\*:

|  |
| --- |
|  |

IBAN\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PAESE |  | CIN | ABI | CAB | NUMERO DI CONTO CORRENTE |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e richiamate dall’art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000,

|  |
| --- |
| **DICHIARA** |

* di aver preso integrale visione dell’*Avviso pubblico per contributi a fondo perduto a favore dei soggetti privati di cui ai commi 5 e 6 dell’articolo 3 della L.R. n. 10/2020 per contrastare gli effetti della grave crisi economica derivante dall'emergenza epidemiologica da COVID-19,* pubblicato in esecuzione della predetta Legge Regionale;
* di rientrare, con riferimento all’articolo 2, comma 3, del D.lgs. n. 65 del 2017, in una delle tipologie di soggetti destinatari di cui all’articolo 3 del suddetto Avviso, anche convenzionati o concessionari ai sensi del comma 4 dell’articolo 3 in questione, ossia di essere soggetto privato operante, sul territorio della regione Abruzzo, nel corso dell’anno scolastico 2019-2020, nel settore dell’Istruzione con finalità pubblica, limitatamente ai servizi educativi per l’Infanzia autorizzati e alle scuole per l’Infanzia paritarie di cui al Decreto Legislativo 13 aprile 2017 n. 65 (Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell’articolo 1, comma 180 e 181, lettera “e”, della legge 13 luglio 2015 n. 107), le cui attività non ricadono nell’ambito dell’applicazione della normativa europea sugli aiuti di Stato sugli aiuti di Stato ai sensi del paragrafo 2.5 della Comunicazione della Commissione sulla nozione di aiuto di Stato di cui all’articolo 107, paragrafo 1, del trattato sul funzionamento dell’Unione Europea (2016/C 262/01). Indicare la tipologia di appartenenza barrando la casella pertinente.

Tipologia\*:

[] Scuola di infanzia paritaria

[] Nido o Micronido

[] Sezioni Primavera

[] Servizi integrativi: [] **a**. spazi gioco; [] **b**. centri per bambini e famiglie; [] **c**. servizi

 educativi in contesto domiciliare.

* di possedere i requisiti di ammissibilità di cui all’articolo 3 ed all’articolo 4 dell’Avviso.

|  |
| --- |
| **DICHIARA, altresì****ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445** |

* di essere struttura educativa attiva in entrambi i semestri presi a riferimento per la determinazione del contributo a fondo perduto ossia Marzo-Agosto 2019 e Marzo-Agosto 2020;

|  |
| --- |
|  |

* che il numero di bambini iscritti, per l’anno scolastico 2019/2020, **alla data del 29 febbraio 2020** era di :\*

|  |
| --- |
|  |

* che i ricavi del periodo Marzo-Agosto 2019 ammontano a Euro \*

|  |
| --- |
|  |

* che i ricavi del periodo Marzo-Agosto 2020 ammontano a Euro \*
* che, pertanto, nella comparazione tra i due predetti periodi ha registrato minori ricavi per il

|  |
| --- |
| **, %** |

 \*(**obbligatorio indicare 2 decimali)**

come da attestazione rilasciata da soggetto deputato alla presentazione di dichiarazioni

fiscali firmata digitalmente ed allegata alla presente domanda (Allegato B).

**DICHIARA INOLTRE**

* Di essere a conoscenza che, in caso di accertamento di false dichiarazioni, il contributo non sarà concesso ovvero sarà recuperato e si darà avvio alle conseguenti procedure di legge;
* Che tutte le comunicazioni relative alla presente istanza siano effettuate al seguente indirizzo (compilare soltanto se l’indirizzo è diverso da quello indicato nei dati del legale rappresentante):

|  |  |
| --- | --- |
| Via/N.Civico:  | CAP: |
| Comune:  |
| N.Telefono: | Email : |
| Pec: |

Qualsiasi variazione ai requisiti e alle condizioni indicate nella domanda deve essere comunicata tempestivamente all’Ufficio regionale competente per la procedura di cui all’Avviso.

|  |
| --- |
| **ALLEGA** |

* Attestazione rilasciata da soggetto deputato alla presentazione di dichiarazioni fiscali firmata digitalmente da cui risulta la sussistenza della perdita in capo all’istante (**All. B in formato p7m);**
* Copia di documento di riconoscimento fronte/retro leggibile, in corso di validità, del firmatario.

*Il sottoscritto, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla Protezione dei dati”, manifesta il consenso a che la Regione Abruzzo proceda al trattamento, anche automatizzato, dei dati personali e sensibili, ivi inclusa la loro eventuale comunicazione/diffusione ai soggetti indicati nella predetta informativa, limitatamente ai fini ivi richiamati.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo:**  | **Data:**  |

**Timbro e Firma**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(a parità di condizioni si darà priorità secondo l’ordine cronologico di arrivo della Domanda)**