



**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 Destinatario/a² (dati del minore):

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ____ / ____ / ____

Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: tipo _____, numero _____, scadenza ____ / ____ / ____

Codice fiscale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Residente in _____, a _____, n. _____ c.a.p. _____

Il Segnalante² (dati del genitore/tutore):

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (prov.) _____ (stato estero) _____ il ____ / ____ / ____

Cittadinanza _____

Documento di riconoscimento: tipo _____, numero _____, scadenza ____ / ____ / ____

Codice fiscale ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

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 non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
☐ 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).