

Al Comune Val di Zoldo
Piazza G. Angelini n. 1
32012 VAL DI ZOLDO (BL)

OGGETTO: Domanda di accreditamento per Centri Estivi/Servizi per l'Infanzia estate 2026

Il sottoscritto _____
In qualità di legale rappresentante / _____ della
Cooperativa/Ente/Associazione _____
con sede a _____
in Via/Loc. _____ n _____ cap _____
E-mail _____
Telefono _____ Fax _____

Presenta istanza per l'accreditamento del Centro Estivo/Servizio per l'infanzia rivolto a minori 0-17
che intende realizzare nell'estate 2026

Dichiara di possedere i seguenti requisiti:

- di essere operante nel territorio del Comune Val di Zoldo;
- di essere predisposto per almeno 5 bambini (per almeno una fascia di età compresa tra 0 e 17 anni);
- di garantire l'apertura per almeno 4 ore giornaliere la mattina in almeno uno dei seguenti periodi: mese di giugno (periodo 09 - 30) – mese di luglio – mese di agosto – settembre (fino al giorno 09);
- di assicurare la qualificazione educativa e la formazione del personale impiegato;
- garantire un rapporto educatore / volontario - bambino non superiore a 1-15
- disporre di sedi adeguate in termini di spazi interni ed esterni;
- nell'accoglimento dei partecipanti dovrà essere data priorità ai minori residenti nel comune di Val di Zoldo;
- di garantire una adeguata copertura assicurativa per i partecipanti;
- garantire il rispetto delle disposizioni in materia di igiene e sanità, prevenzione degli incendi, sicurezza degli impianti ed accessibilità;
- l'iscrizione ai partecipanti è consentita su base settimanale.

Allega alla presente domanda una sintesi del progetto di Centro Estivo come da facsimile allegato.

Luogo e data _____

Il Legale Rappresentante

PROGETTO CENTRO ESTIVO/SERVIZIO PER L'INFANZIA 2026

DENOMINAZIONE DEL PROGETTO

DENOMINAZIONE GIURIDICA E SEDE LEGALE

ESATTA DENOMINAZIONE

INDIRIZZO

RECAPITI

E-MAIL _____

TELEFONO _____

FAX _____

SITO WEB _____

DATI FISCALI

CODICE FISCALE _____

PARTITA IVA _____

LEGALE RAPPRESENTANTE

NOMINATIVO

E-MAIL

TELEFONO

SEDE OPERATIVA (se diversa da quella legale)

INDIRIZZO

TELEFONO

FAX

COORDINATORE RESPONSABILE DEL PROGETTO CENTRI ESTIVI

NOMINATIVO

E-MAIL

TELEFONO

ORARIO GIORNALIERO

N. MASSIMO DI ISCRITTI PER SETTIMANA

COSTO SETTIMANALE

RAPPORTO NUMERICO OPERATORE/MINORI

Luogo e data _____

Il legale rappresentante
