

Domanda di accreditamento centri estivi 2019

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

OGGETTO: Domanda di accreditamento per Centri Estivi estate 2019

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 che si intende realizzare nell'estate 2019

Dichiara di possedere i seguenti requisiti:

- di essere operante nel territorio del Comune Val di Zoldo
- di essere predisposto per almeno 10 bambini (per almeno una fascia di età compresa tra i 4 e i 15 anni)
- di garantire l'apertura per almeno 4 ore giornaliere la mattina in almeno uno dei seguenti periodi: mese di giugno periodo 10 -30 - mese di luglio – mese di agosto –settembre fino al giorno 11
- di assicurare la qualificazione educativa e la formazione del personale impiegato;
- di assicurare un adeguato rapporto operatore/bambini
- di garantire una adeguata copertura assicurativa per i partecipanti;
- l'iscrizione può essere effettuata 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 2019

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

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ATTIVITÀ

OBIETTIVI (dettagliare finalità e obiettivi del progetto educativo proposto)

FASCIA DI ETÀ DEGLI UTENTI A CUI IL PROGETTO SI RIVOLGE

CALENDARIO DELLE SETTIMANE

ORARIO GIORNALIERO

N. MASSIMO DI ISCRITTI PER SETTIMANA

COSTO SETTIMANALE

RAPPORTO NUMERICO OPERATORE/MINORI

Luogo e data _____

Il legale rappresentante
