



## P.E.S. - PROGETTO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO SERVIZI CONCILIATIVI ANNO SCOLASTICO/EDUCATIVO 2020/2021

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI BUONO DI SERVIZIO

### IL/LA RICHIEDENTE DEL BUONO DI SERVIZIO

nome..... cognome .....

nato a ..... il ...../...../....., cod. fiscale .....

*in qualità di madre/padre con responsabilità genitoriale o soggetto affidatario del seguente minore  
appartenente al proprio nucleo familiare:*

nome..... cognome .....

nato a ..... il ...../...../....., cod. fiscale .....

per il/la quale richiede la fruizione dei servizi sotto descritti

**E**

### IL/LA SIGNOR/A

nome..... cognome .....

nato a ..... il ...../...../....., in nome e per conto del Soggetto erogatore

con codice:.....

e denominazione:.....

**CONCORDANO IL SEGUENTE PROGETTO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI CURA ED EDUCAZIONE DA FRUIRE  
MEDIANTE IL BUONO DI SERVIZIO**, indicativo dei servizi richiesti e dei corrispondenti importi finanziari a carico del  
buono di servizio e del/la richiedente:

### FASCIA DEL SERVIZIO:

- A. Servizi per la primissima infanzia rivolti a minori con età 3 mesi – 3 anni
- A1. Servizi per la primissima infanzia rivolti a minori con età 3 mesi – 36 mesi (*baby sitter*)
- B. Servizi per la prima infanzia rivolti a minori con età 3 anni – 6 anni
- C. Servizi rivolti a minori con età superiore ai 6 anni

### TIPOLOGIA DEL SERVIZIO:

- |   |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asilo nido / Tagesmutter | <input type="checkbox"/> Anticipo / posticipo          | <input type="checkbox"/> Altro: |
| <input type="checkbox"/> Baby sitter              | <input type="checkbox"/> Attività culturali / sportive | .....                           |
| <input type="checkbox"/> Colonia diurna           | <input type="checkbox"/> Colonia residenziale          | .....                           |

### TARIFFARIO APPLICATO:

valido fino al 31/08/2021

Denominazione del tariffario (riportare fedelmente)

**PREVENTIVO DELLE ORE E DEI COSTI DEI SERVIZI RICHIESTI**

Indicare la fascia del servizio

- A. Fascia 3 mesi - 3 anni**  
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 6,30
- A1. Fascia 3 mesi – 36 mesi**  
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 6,30
- B. Fascia 3 anni - 6 anni**  
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 4,95
- C. Fascia 6 anni e oltre**  
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 3,40

oppure l'opzione

*in caso di servizi erogati a favore di minore con età superiore ai 14 anni nonché di minore con età fino ai 14 anni per il quale si chiede un costo maggiorato rispetto alla quota oraria massima riconoscibile per la fascia di età di appartenenza*

- Servizi per minori con handicap, difficoltà di apprendimento o in situazione di particolare disagio**  
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 15,00

**DATI RELATIVI AL SERVIZIO RICHIESTO**

N. ore settimanali del servizio	N. settimane del servizio (indicative)	N. ore complessive di servizio	Costo orario del servizio	Costo complessivo del servizio
A1	B1	C1	D1	E1
.....	.....	(= A1*B1)	..... €	(= C1*D1) €

**DATI RELATIVI AL BUONO DI SERVIZIO**

N. ore settimanali del servizio a carico del buono di servizio <sup>1</sup>	N. settimane del servizio a carico del buono di servizio (indicative)	N. ore complessive di servizio a carico del buono di servizio	Quota oraria richiesta a carico del buono di servizio <sup>2</sup>	Quota complessiva richiesta a carico del buono di servizio <sup>3</sup>
A2	B2	C2	D2	E2
.....	.....	(= A2*B2)	..... €	Importo da indicare nella domanda online di buono di servizio ..... € (= C2*D2)

**QUOTA DI PARTECIPAZIONE A CARICO DEL/LA RICHIEDENTE<sup>4</sup>**

E3
..... €

<sup>1</sup> Il numero di ore settimanali del servizio a carico del buono di servizio non può superare il numero di ore settimanali di lavoro/formazione dichiarata nella domanda di buono di servizio.

<sup>2</sup> La quota oraria richiesta a carico del buono di servizio non può superare la quota corrispondente alla fascia di servizio/opzione indicata nella prima colonna.

<sup>3</sup> L'importo della quota complessiva richiesta a carico del buono di servizio e assegnata dall'Amministrazione potrebbe non coincidere con l'importo finale riconosciuto a carico del buono di servizio in quanto quest'ultimo sarà calcolato sulla base delle ore effettive di utilizzo del servizio da parte dei minori attestate nell'apposito registro delle presenze compilato durante l'erogazione del servizio.

<sup>4</sup> La quota di compartecipazione a carico del/la richiedente deve essere pari ad almeno:  
- il 10% del costo del servizio in caso di servizi per minori in fascia A, A1 e B;  
- il 15% del costo del servizio in caso di servizi per minori in fascia C  
Qualora il costo del servizio superi i costi massimi orari ammissibili fissati dalla Del. G.P. n.1260 di data 21/08/2020, la differenza rimane a completo carico del/la richiedente.

Luogo .....

Data .....

Il/la richiedente (Nome e Cognome)

Timbro e firma del Soggetto erogatore

.....  
Il presente PES è sottoscritto dal/la richiedente tramite sistema OTP (One Time Password) di cui alla Deliberazione della Giunta Provinciale di Trento n. 1260/2020. La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del/la richiedente.

.....