



P.E.S. - PROGETTO DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO SERVIZI ESTIVI EMERGENZA COVID 19

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
- B. Servizi per la prima infanzia rivolti a minori con età 3 anni – 6 anni
- C1. Servizi rivolti a minori con età 6 anni – 11 anni
- C2. Servizi rivolti a minori con età superiore a 11 anni

TIPOLOGIA DEL SERVIZIO:

Servizi estivi emergenza COVID-19

TARIFFARIO APPLICATO:

Denominazione del tariffario (riportare fedelmente)

valido fino al 15/09/2020

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: € 8,64

B. Fascia 3 anni - 6 anni
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 7,27

C1. Fascia 6 anni - 11 anni
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 6,09

C2. Fascia 11 anni e oltre
Quota oraria massima riconoscibile a carico del buono di servizio: € 5,22

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 ¹	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 ²	Quota complessiva richiesta a carico del buono di servizio ³
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 RICHIEDENTE⁴

E3 €
----	---------

- ¹ Il numero di ore settimanali del servizio a carico del buono di servizio non può superare il numero di ore settimanali di lavoro/formazione dichiarato nella domanda di buono di servizio.
- ² 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.
- ³ 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 attestato nell'apposito registro delle presenze compilato durante l'erogazione del servizio.
- ⁴ La quota di compartecipazione a carico del/la richiedente deve essere pari ad almeno:
- il 10% della quota complessiva richiesta a carico del buono di servizio in caso di servizi per minori in fascia A e B;
- il 15% della quota complessiva richiesta a carico del buono di servizio in caso di servizi per minori in fascia C1 e C2.

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. 742/2020. La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa del nominativo del/la richiedente.