

Azienda Speciale Consortile
Medio Olona Servizi alla Persona
Ambito Territoriale di Castellanza
Piazza Gabardi 3
21058 Solbiate Olona (VA)

OGGETTO: ISTANZA DI CONTRIBUTO FONDO SOCIALE REGIONALE 2026 (DGR 6652/2026)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Provincia _____ il _____
residente a _____ Provincia _____
in via/piazza _____ n. _____ CAP _____
in qualità di (presidente, legale rappresentante, altro) _____ dell'ente gestore:

☐ Pubblico ☐ Privato
denominato: _____
con sede legale a _____ Prov. _____
in via/piazza _____ n. _____ CAP _____
C.F./P.IVA _____
Telefono _____ E-mail _____

GESTORE DEL/DEI SERVIZIO/INTERVENTO

TIPOLOGIA: _____
DENOMINATO: _____
SITUATO A _____ PROV. _____
IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

(se gestore di più servizi)

TIPOLOGIA: _____
DENOMINATO: _____
SITUATO A _____ PROV. _____
IN VIA/PIAZZA _____ N. _____ CAP _____

CHIEDE

il CONTRIBUTO in oggetto per i servizi/interventi sociali, sotto indicati, con sede nel territorio dell'Ambito Territoriale di Castellanza e, a tal fine,

DICHIARA

- a) di aver correttamente compilato le schede allegate;
- b) che i dati dichiarati qui e nelle schede allegate sono veri e accertabili ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000, ovvero documentabili su richiesta dell'Azienda Speciale Consortile Medio Olona Servizi alla Persona;
- c) di conoscere i contenuti dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016.

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(timbro e firma)

ALLEGA:

1) Schede di rendicontazione relativa/e al/ai seguente/i servizio/i:

- ☐ Comunità alloggio disabili
- ☐ Centri Socio Educativi - CSE
- ☐ Servizi di Formazione all'Autonomia Disabili - SFA
- ☐ Alloggio Protetto per Anziani
- ☐ Centro Diurno per Anziani

2) Fotocopia del documento di identità del legale rappresentante in corso di validità;

3) Carta dei servizi, con l'indicazione delle rette applicate nel 2026/2025/2024/2023

4) Copia del bilancio d'esercizio 2025;

5) Informativa Privacy;

6) Dichiarazione di impegno alla partecipazione al tavolo di Ambito con le UDO.

7) Dichiarazione Ritenuta 4%

8) Altra Documentazione _____

EVENTUALI NOTE:

Coordinate bancarie per procedere all'erogazione del contributo, se spettante:

Banca _____

Agenzia _____

IBAN _____

Luogo e data _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE
(timbro e firma)
