



SETTORE POLITICHE SOCIALI

**ALLEGATO 2**

**MODULO DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE**

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in qualità di Legale Rappresentante dell'Ente \_\_\_\_\_,  
codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_, con sede legale a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
pec: \_\_\_\_\_ recapito telefonico: \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE**

ad essere iscritto nell'elenco delle strutture disponibili all'erogazione dei servizi di cui all'Avviso Pubblico della Regione Campania "Misure di conciliazione famiglia-lavoro" (D.D. n.183/2024).

A tal fine indica quanto segue (barrare la/e casella/e):

**in riferimento alla Linea a), indica la/e struttura/e** (denominazione, localizzazione, estremi autorizzazione/accreditamento):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**in riferimento alla Linea b), indica la/e struttura/e** (denominazione, localizzazione, estremi autorizzazione/accreditamento):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara, ai sensi del DPR n. 445/2000, che la/e struttura/e suindicata/e è/sono in possesso dei requisiti stabiliti dall'Avviso Pubblico "Misure di conciliazione famiglia-lavoro", e con particolare riguardo al "Catalogo dei servizi di cui al Regolamento di esecuzione della Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11", approvato con D.G.R. n. 107 del 23 aprile 2014, nonché alla normativa di riferimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

La presente domanda va sottoscritta con firma digitale, in alternativa con firma autografa con allegata copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore.