

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA**  
**DR. VINCENZO ZACCAGNINO**  
*Ex Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza*

Località San Nazario - 71015 San Nicandro G.co (Fg)  
Tel. 0882/491309 – telefonia mobile 329/8325400

IL DIRETTORE GENERALE

In esecuzione della deliberazione del C.d'A. n.24 del 27.10.2016

RENDE NOTO

che l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "dr. Vincenzo Zaccagnino", intende intervenire a sostegno delle famiglie economicamente svantaggiate di San Nicandro Garganico, mediante l'acquisto di **buoni mensa per l'a.s. 2016/2017** a favore dei minori frequentanti la scuola statale primaria e dell'infanzia di San Nicandro Garganico.

La domanda di ammissione, debitamente sottoscritta, accompagnata dalla copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità, dovrà essere redatta, pena l'esclusione, su apposito modulo da ritirare presso gli Uffici dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "dr. Vincenzo Zaccagnino" in località San Nazario e/o da scaricare dal sito internet – [www.aspzaccagnino.it](http://www.aspzaccagnino.it) – e dovrà pervenire al protocollo di questo Ente **entro le ore 12:00 del giorno 10.11.2016**. Il plico dovrà essere spedito, a mezzo raccomandata A/R del servizio postale di Stato, o consegnato a mano al seguente indirizzo: "Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Dr. Vincenzo Zaccagnino" - località San Nazario - 71015 SAN NICANDRO GARGANICO". Farà fede la data di effettivo arrivo presso gli uffici di questa ASP e non quella del timbro postale. Non si terrà conto delle domande pervenute oltre il termine suindicato.

San Nicandro Garganico li 31.10.2016

Il Direttore Generale  
dr. Michele Fabio FERRO



Il Presidente  
avv. Patrizia Lusi

# AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DR. VINCENZO ZACCAGNINO

*Ex Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza  
eretta in Ente Morale con decreto c.P.S. n.880 del 10.05.1947 e, successivamente, trasformata in  
ASP con D.D.S.I.S.S. della Regione Puglia n. 122 del 12.03.2009.*

*Tel. 0882/491309 - 3298325400*

*Pec: [aspvincenzozaccagnino@legalmail.it](mailto:aspvincenzozaccagnino@legalmail.it)*

## AVVISO PUBBLICO

### PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 100 BUONI MENSA IN FAVORE DI MINORI DI SAN NICANDRO GARGANICO FREQUENTANTI LA SCUOLA ELEMENTARE E DELL'INFANZIA

L'ASP DR. VINCENZO ZACCAGNINO, in esecuzione della deliberazione n. 24 del Consiglio di Amministrazione del 27.10.2016, intende intervenire, in favore delle famiglie in difficoltà economica della Città di San Nicandro Garganico, prevedendo per ciascun minore frequentante la scuola dell'infanzia e primaria statale appartenente ai nuclei familiari richiedenti, **un contributo economico di compartecipazione alla spesa per la fruizione del servizio di mensa per il periodo: 15 novembre – 31 dicembre 2016.**

Detto contributo è pari a € 2,80 per ciascun pasto effettivamente erogato, come stabilito dal Giunta Comunale di San Nicandro Garganico con la deliberazione n. 29 del 25.03.2016.

L'individuazione degli studenti beneficiari, provenienti dai richiedenti nuclei familiari in difficoltà economiche, avverrà mediante una graduatoria determinata in base ai limiti della somma prevista dalla deliberazione del C.d'A. n. 24 del 27.10.2016.

La graduatoria verrà redatta, come risulterà dall'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) di ciascun nucleo interessato, in ordine crescente, partendo dall'ISEE più basso a quello più alto. Le domande di partecipazione con un reddito ISEE superiore ad Euro 10.000, verranno escluse. Nel caso di parità di punteggio si terrà conto dell'ordine cronologico di presentazione delle domande.

Si fa presente che la famiglia in difficoltà economiche può presentare domanda per la fruizione del servizio di refezione scolastica **per un solo figlio** appartenente al nucleo che frequenta la scuola dell'infanzia e/o primaria.

La domanda di ammissione, debitamente sottoscritta, accompagnata dalla copia fotostatica di un documento identità in corso di validità dovrà essere redatta, pena l'esclusione, su apposito modulo da ritirare presso gli uffici dell'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Dr. Vincenzo Zaccagnino" sita in località San Nazario ovvero scaricata dal sito internet [www.aspzaccagnino.it](http://www.aspzaccagnino.it) e dovrà pervenire al protocollo di questo Ente entro le ore **12.00** del giorno **10.11.2016**.

Il plico dovrà essere spedito, a mezzo raccomandata A/R del servizio postale di Stato, o consegnato a mano al seguente indirizzo: "Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Dr.Vincenzo Zaccagnino" - località San Nazario - 71015 SAN NICANDRO GARGANICO". Farà fede la data di effettivo arrivo presso gli uffici di questa ASP e non quella del timbro postale. Non si terrà conto delle domande

pervenute oltre il termine suindicato.

### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Alla domanda devono essere allegati, pena l'esclusione, i seguenti documenti in carta semplice:

- 1) Certificato ISEE redditi 2015;
- 2) Copia fotostatica di documenti di identità della persona che sottoscrive la dichiarazione, in corso di validità alla data di presentazione.

In caso di richiesta del punteggio previsto per la presenza, nel nucleo familiare, di soggetti portatori di handicap o affetti da gravi malattie croniche che comportino una invalidità dal 66% al 100% riconosciuta dagli Enti competenti (INPS, INAIL, ASL), la mancata allegazione alla domanda del relativo provvedimento non darà diritto al punteggio previsto. Ai soggetti ammessi al contributo verrà data apposita comunicazione tramite il Dirigente Scolastico dell'Istituto Scolastico di Piazza IV Novembre, mentre nessuna comunicazione verrà data agli aspiranti esclusi o che risultassero non ammessi.

### TABELLA DI VALUTAZIONE DEI TITOLI

L'Ufficio preposto attribuirà i seguenti punteggi:

- a.) Situazione reddituale della famiglia così come risultante dall'ISEE debitamente sottoscritto dal CAAF o da soggetto abilitato - punti **10** con indice ISEE da Euro 0 a Euro 3.000,00 - punti **6** da Euro 3.000,01 a Euro 6.000,00 - punti **3** da euro 6.000,01 a Euro 10.000,00;
- b) Presenza nel nucleo familiare di soggetti portatori di handicap o affetti da gravi malattie croniche, che comportino una invalidità dal 66% al 100% riconosciuta dagli Enti competenti (INPS, INAIL, ASL) - punti **4**;
- c) Minore orfano di entrambi i genitori – minori inseriti in strutture a carattere residenziale- punti **10**;
- d) orfano di un genitore, o figlio di ragazza madre o ragazzo padre- con un genitore detenuto in carcere (arresti domiciliari, altre misure restrittive) o che versa in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti punti **4**;
- d) Consistenza del nucleo familiare, per ogni componente oltre i cinque – punti **1** per ogni persona in più e per un massimo di tre persone.

## DISPOSIZIONI FINALI

- a) I concorrenti potranno richiedere in visione, presso la Segreteria dell' ASP Dr. Vincenzo Zaccagnino, copia del presente bando nonché ricevere qualsiasi chiarimento utile nelle ore antimeridiane, dalle ore 10,00 alle ore 12,00, di tutti i giorni feriali escluso il sabato.
- b) ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, si informano gli interessati che:
- c) tutti i dati personali e familiari da indicare nel modello di domanda sono raccolti esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso;
- d) il trattamento dei dati medesimi segue esclusivamente il procedimento di assegnazione dei buoni mensa;
- e) gli stessi dati potranno essere portati a conoscenza esclusivamente dei soggetti pubblici presso i quali dovesse rendersi necessario effettuare il controllo della veridicità delle dichiarazioni contenute nella domanda;
- f) il conferimento dei predetti dati è obbligatorio, l'eventuale rifiuto potrebbe comportare l'impossibilità di erogazione o continuare l'erogazione del servizio;
- g) la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione, l'incompleta compilazione della domanda, per tale intendendosi anche la semplice omissione della barratura delle caselle, comporterà la non ammissione della domanda.
- h) la mancata allegazione della documentazione relativa allo stato di invalidità così come specificato innanzi comporterà la non concessione del punteggio previsto.

L'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Dr. Vincenzo Zaccagnino si riserva di effettuare verifiche a campione sulle domande presentate.

Si rammenta che le false dichiarazioni sono perseguibili in sede penale.

San Nicandro Garganico li, 31.10.2016

Il Direttore Generale  
f.to dr. Michele Fabio FERRO

Il Presidente  
f.to avv. Patrizia Lusi



**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'** (art.3 Legge 15.5.1997, n.127 e ss.ii.mm.)  
(a cura del genitore o tutore)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ genitore/tutore del  
minore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
frequentante la scuola dell'infanzia/primaria valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della Legge 04.01.1968, n. 15  
ed all'art. 3 della Legge 127/97 e ss.mm.ii., e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci  
dichiarazioni degli artt.483, 485 e 496 del codice penale

**DICHIARO**

1) che il nucleo familiare è composto come segue:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE	REDDITO NETTO
<b>TOTALE</b>				

*N.B. Indicare il reddito di tutti i componenti il nucleo familiare, compreso l'importo eventualmente percepito a titolo di alimenti o di indennità di disoccupazione.*

- 2) che la domanda è volta alla richiesta del contributo mensa scolastica per il minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante \_\_\_\_\_ ;
- 3) che il sopraindicato importo totale, corrisponde al reddito complessivo del nucleo familiare riferito all'anno 2015,  
come risulta dalla certificazione reddituale , modello ISEE, sottoscritto dal CAAF o da soggetto abilitato che si  
allega, in originale, alla presente domanda;

DICHIARO, infine,

1) che l'alunno concorrente si trova nelle seguenti condizioni familiari (*barrare la o le caselle che interessano*):

- orfano di entrambi i genitori e/o minori inseriti in strutture residenziali  orfano di un genitore
- con genitori tossicodipendenti o detenuti e/o sottoposti ad altre misure restrittive
- con un genitore tossicodipendente o detenuto e/o sottoposto ad altre misure restrittive
- figlio di ragazza madre o ragazzo padre  con soggetti nucleo familiare invalidi per più del 66%.

**N.B. in caso di presenza di genitore tossicodipendente, detenuto e/o sottoposto ad altre misure restrittive è obbligatorio allegare idonea certificazione rilasciata dalle autorità competenti.**

indicare i componenti in più:

1. cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_
2. cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_
3. cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

San Nicandro Garganico, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*FIRMA LEGGIBILE E PER ESTESO (\*)*

(\*) N.B.: allegare copia fotostatica di documenti di identità della persona che sottoscrive la dichiarazione, in corso di validità alla data di presentazione.