



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. 0882/430692*

PEC: aspvincenzozaccagnino@legalmail.it

Prot. n. 1334 del 17 SET. 2019

n. reg. pubbl. 10883
del 17/09/2019

AVVISO PUBBLICO

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

L'ASP DR. VINCENZO ZACCAGNINO, in esecuzione della deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 02 del 21/01/2019, intende intervenire in favore dei minori in difficoltà economica della Città di San Nicandro Garganico, prevedendo per n. 100 (cento) minori frequentanti la scuola dell'infanzia e primaria statale, **un contributo economico di compartecipazione alla spesa per la fruizione del servizio di mensa a.s. 2019/2020, dall'avvio dell'erogazione fino al 20 dicembre 2019** (ultimo giorno presumibile di attività didattica prima della sospensione natalizia).

Detto contributo sarà pari a € 2,80 per ciascun pasto effettivamente erogato, nella stessa misura della quota a carico dell'utenza stabilita dalla Giunta Comunale di San Nicandro Garganico con la deliberazione n.33 del 14.03.2019.

L'individuazione dei n. 100 (cento) alunni beneficiari, provenienti dai richiedenti nuclei familiari in difficoltà economiche, avverrà mediante una graduatoria determinata in base ai criteri sotto specificati; possono accedere al beneficio anche più minori dello stesso nucleo familiare, purché inseriti in posizione utile in graduatoria.

Il modulo per la domanda di partecipazione all'avviso pubblico **potrà essere ritirato** presso gli uffici dell'ASP in località San Nazario ovvero scaricato dal sito internet www.aspzaccagnino.it ovvero ritirato nei locali scolastici di piazza IV novembre in San Nicandro Garganico messi a disposizione dell'ASP, onde evitare il disagio per le famiglie di doversi recare presso la sede di San Nazario, lontana dal centro abitato, **nei giorni di martedì, mercoledì e giovedì dalle ore 9,00 alle ore 10,30 a partire dal giorno 24 settembre 2019.**

La domanda di ammissione, debitamente sottoscritta ed accompagnata dalla copia fotostatica di un documento identità in corso di validità e relativa documentazione, **dovrà pervenire non oltre le ore 12.00 del giorno 18 ottobre 2019.**



Si precisa che, a esclusiva scelta dei richiedenti, la consegna delle domande potrà avvenire:

1. **direttamente presso gli uffici dell'ASP** in località San Nazario nei giorni di

lunedì e mercoledì dalle ore 16.00 alle ore 18.00

2. **agli incaricati dell'ASP presso i locali della scuola elementare** di piazza IV novembre in San Nicandro Garganico nei giorni di

martedì, mercoledì e giovedì dalle ore 9,00 alle ore 10,30

3. Mediante **invio postale** al seguente indirizzo: Azienda Pubblica di Servizi alla Persona “*Dr. Vincenzo Zaccagnino*” – località San Nazario – 71015 San Nicandro Garganico. In tal caso farà comunque fede la data di ricezione effettiva e non quella del timbro postale di spedizione.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

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

- 1) Certificato ISEE redditi 2018, rilasciato nell'anno 2019;
- 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 67% al 100% riconosciuta dagli Enti competenti (INPS, INAIL, ASL) la mancata allegazione alla domanda di copia del relativo provvedimento non darà diritto al punteggio previsto (N.B. *la certificazione dell'indennità di frequenza non equivale ad invalidità, che può essere dimostrata solo della relativa certificazione attestante la percentuale di invalidità riconosciuta*). Analogamente, per l'attribuzione dei punteggi relativi a:

- stato di tossicodipendenza
- separazione legale o divorzio
- detenzione o altre misure restrittive della libertà personale
- genitore allontanato dal nucleo

dovrà essere allegata idonea certificazione rilasciata dagli enti preposti; in mancanza di certificazione non sarà assegnato il punteggio relativo.

Ai soggetti ammessi al contributo verrà data apposita comunicazione tramite il Dirigente Scolastico dell'Istituto di Piazza IV Novembre, mentre nessuna comunicazione verrà data agli aspiranti esclusi o che risultassero non ammessi.



TABELLA DI VALUTAZIONE DEI TITOLI

L'attribuzione dei punteggi alle domande ammesse avverrà sulla base dei sotto specificati criteri:

- a) **Situazione reddituale della famiglia** così come risultante dall'ISEE debitamente sottoscritto dal CAAF o da soggetto abilitato:
punti 10 (dieci) con indice ISEE da Euro 0 fino ad Euro 1.000,00
punti 9 (nove) da Euro 1.000,01 fino ad Euro 2.000,00
punti 8 (otto) da Euro 2.000,01 fino ad Euro 3.000,00
punti 7 (sette) da Euro 3.000,01 fino ad Euro 4.000,00
punti 6 (sei) da Euro 4.000,01 fino ad Euro 5.000,00
punti 5 (cinque) da Euro 5.000,01 fino ad Euro 6.000,00
punti 4 (quattro) da Euro 6.000,01 fino ad Euro 7.000,00
punti 3 (tre) da Euro 7.000,01 fino ad Euro 8.000,00
punti 2 (due) da Euro 8.000,01 fino ad Euro 9.000,00
punti 1 (uno) da Euro 9.000,01 fino ad Euro 10.000,00
(reddito ISEE superiore ad Euro 10.000,00 comporta l'esclusione della domanda)
- b) **Minore orfano di entrambi i genitori – minori inseriti in strutture a carattere residenziale**
punti 10 (dieci)
- c) **Minore orfano di un genitore** punti 6 (sei)
- d) **Minore figlio di ragazza madre o ragazzo padre o con un genitore allontanato dal nucleo**
(situazione risultante dal certificato ISEE e/o da idonea certificazione da allegare alla domanda)
punti 5 (cinque)
- e) **Presenza nel nucleo familiare di soggetti portatori di handicap** o affetti da gravi malattie croniche, che comportino una invalidità dal 67% al 100% riconosciuta dagli Enti competenti (INPS, INAIL, ASL) punti 4 (quattro)
- f) **Minore i cui genitori siano divorziati o legalmente separati, con entrambi i genitori detenuti (in carcere o soggetti ad altre misure restrittive della libertà personale) o che versano entrambi in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti** punti 4 (quattro)
- g) **Minore con un genitore detenuto (in carcere o soggetto ad altre misure restrittive della libertà personale) o che versa in stato di dipendenza da sostanze stupefacenti** punti 3 (tre);
- h) **Consistenza del nucleo familiare con oltre cinque componenti** – punti 1 (uno) per ogni persona oltre la quinta e fino a un massimo di tre punti per tutti i nuclei con oltre otto componenti;
- i) **Condizione abitativa** – punti 1 (uno) per i nuclei che vivono in abitazioni non di proprietà e non concessa in comodato d'uso.

Nel caso di parità di punteggio si applicherà la preferenza alla domanda con punteggio più alto attribuito per ciascuno dei criteri previsti, nell'ordine di priorità indicato dal bando. In caso di ulteriore parità, si terrà conto dell'ordine cronologico di presentazione delle domande. Laddove la priorità dovesse riguardare minori dello stesso nucleo, si terrà conto dell'età, dal più piccolo al più grande.



DISPOSIZIONI FINALI

- A. Presso la Segreteria dell'ASP Dr. Vincenzo Zaccagnino e presso i locali assegnati dal Dirigente scolastico nell'edificio di piazza IV novembre, gli interessati potranno richiedere in visione copia del presente avviso pubblico nonché ricevere qualsiasi chiarimento utile nei giorni e nelle ore previsti per la consegna delle domande;
- B. ai sensi delle disposizioni di cui al d.lgs. 196/2003 e s.m.i., si informano gli interessati che:
- tutti i dati personali e familiari da indicare nel modello di domanda sono raccolti esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso;
 - il trattamento dei dati medesimi segue esclusivamente il procedimento di assegnazione dei buoni mensa;
 - 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;
 - il conferimento dei predetti dati è obbligatorio, l'eventuale rifiuto comporta l'impossibilità di ammissione al beneficio;
- C. la mancata sottoscrizione della domanda di partecipazione o l'incompleta compilazione – per tale intendendosi anche la semplice omissione della barratura delle caselle relative a dati obbligatori – comporterà la non ammissione della domanda;
- D. la mancata allegazione della documentazione relativa allo stato di invalidità o alle altre condizioni per cui è richiesta nel presente bando, comporterà, così come specificato sopra, la non concessione del punteggio previsto.

Si precisa che, in ossequio alle disposizioni recate dal d.lgs. 14/03/2013, n.33, recante il “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”, nonché delle linee guida adottate in data 15/04/2014 dal Garante per la protezione dei dati personali, l'elenco dei beneficiari non verrà pubblicato, essendo vietate sia tali pubblicazioni “*nel caso di importo inferiore a mille euro nel corso dell'anno solare a favore del medesimo beneficiario*” sia l'inclusione in tali elenchi di dati o informazioni da cui si possa desumere la condizione di indigenza o di disagio sociale in cui versano gli interessati (art. 26).

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

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

San Nicandro Garganico, 17 settembre 2019

Il Direttore Generale
f.to dr. Augusto Ferrara

La Presidente
f.to avv. Patrizia Lusi

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ (D.P.R. 445/2000)
(a cura del genitore o tutore)

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. (____)
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. 46-47 DPR,
28.12.2000, n. 445 e s.m.i., sotto la propria esclusiva responsabilità e consapevole delle pene stabilite dalla legge per le
false attestazioni e le dichiarazioni mendaci o contenuti dati non rispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 del DPR
445/2000,

DICHIARO

1) che il nucleo familiare è composto come segue:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	PROFESSIONE	REDDITO ISEE
TOTALE				

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 2018,
come risulta dalla certificazione reddituale modello ISEE (rilasciato nell'anno 2019), sottoscritto dal CAAF o da
soggetto abilitato che **si allega, in originale**, alla presente domanda;

DICHIARO, inoltre,

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

- ☐ orfano di entrambi i genitori ☐ orfano di un genitore
- ☐ inserito nella struttura residenziale _____ sita in _____
Prov. (____), Via _____ n. _____
- ☐ con entrambi i genitori tossicodipendenti o detenuti e/o sottoposti ad altre misure restrittive (*)
- ☐ con un genitore tossicodipendente o detenuto e/o sottoposto ad altre misure restrittive (*)
- ☐ con genitori divorziati o legalmente separati (*)
- ☐ figlio di ragazza madre o ragazzo padre e/o con un genitore allontanato dal nucleo (*)
- ☐ con soggetti nel nucleo familiare con grado di invalidità dal 67% al 100% (*)
- ☐ consistenza del nucleo familiare con più di cinque componenti e precisamente con n. ____ componenti oltre il quinto
- ☐ condizione abitativa del nucleo familiare che vive in abitazione non di proprietà e non concessa in comodato d'uso

2) che i componenti il nucleo familiare oltre i cinque sono i seguenti:

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.:

(*) *nei casi di presenza di genitore tossicodipendente, detenuto e/o sottoposto ad altre misure restrittive o allontanato dal nucleo, separazione legale o divorzio è obbligatorio allegare idonea certificazione rilasciata dalle autorità competenti;*

(**) *allegare copia fotostatica di documento di identità della persona che sottoscrive la dichiarazione, in corso di validità alla data di presentazione.*