Enti erogatori già iscritti

Dichiarazione del possesso dei requisiti per lo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale per l'A.S./A.E. 2023/2024 degli Enti erogatori già presenti negli elenchi di ogni ATS dell'A.S./A.E. 2022/2023 - percorso ordinario e sperimentazione nidi.

(in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Il/La Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
nato a _____ Prov (____) il _____
residente a _____ Prov (____) CAP _____ via _____
n. _____ C.F. _____
in qualità di Legale Rappresentante del seguente Ente (denominazione Ente):

costituito con atto (estremi dell'atto costitutivo) _____ quale
(specificare ragione sociale, Srl, SPA, Cooperativa Sociale, etc)

con sede legale nel Comune di _____ Prov (____)
CAP _____ via _____
_____ n. _____ con sede operativa nel Comune di _____ Prov (____)
CAP _____ via _____ n. _____
Telefono _____ CF _____ PARTITA _____ IVA _____

Indirizzo PEC (che l'ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'avviso):

Nome e Indirizzo e-mail del referente:

DICHIARA
(selezionare le voci di interesse)

Ai fini dello svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale, ai sensi della L.R. 19/2007 per l'A.S./A.E. 2023/2024:

di essere già incluso per l'A.S./A.E. 2022/2023:

nel percorso ordinario, sezioni:

A "disabilità uditiva"

per l'intero territorio di ATS (completa copertura)

per i seguenti ambiti di ATS:

☐ Oglio Po	☐ Mantova
☐ Crema	☐ Ostiglia
☐ Cremona	☐ Suzzara
☐ Asola	☐ Guidizzolo

B "disabilità visiva"

per l'intero territorio di ATS (completa copertura)

per i seguenti ambiti di ATS:

☐ Oglio Po	☐ Mantova
☐ Crema	☐ Ostiglia

- Cremona
- Asola
- Suzzara
- Guidizzolo

nella sperimentazione nidi, sezioni:

- A “disabilità uditiva”
- per l'intero territorio di ATS (completa copertura)
- per i seguenti ambiti di ATS:
 - Oglio Po
 - Crema
 - Cremona
 - Asola
 - Mantova
 - Ostiglia
 - Suzzara
 - Guidizzolo

- B “disabilità visiva”
- per l'intero territorio di ATS (completa copertura)
- per i seguenti ambiti di ATS:
 - Oglio Po
 - Crema
 - Cremona
 - Asola
 - Mantova
 - Ostiglia
 - Suzzara
 - Guidizzolo

- il possesso dei requisiti soggettivi dichiarati nella domanda agli atti dell'A.S./A.E. precedente 2022/2023;
- il possesso dei requisiti organizzativi dell'Ente e del personale in servizio stabiliti con le linee guida regionali per l'anno scolastico/anno educativo 2023/2024;
- la disponibilità allo svolgimento dei servizi di cui alla domanda dell'anno scolastico/educativo precedente 2022/2023.

Allega alla presente:

- l'elenco degli operatori con l'indicazione dei titoli di studio, corsi di formazione/aggiornamento relativi alla tematica disabilità sensoriale e specifiche esperienze professionali, nel caso di nuovo personale non comunicato ad ATS;
- curricula del nuovo personale impiegato per l'erogazione degli interventi di inclusione scolastica a favore dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale (percorso ordinario e/o sperimentazione nidi);
- nominativo e qualifica degli operatori già ritenuti idonei da ATS. Si richiede inoltre per ognuno l'indicazione dell'Ente erogatore di appartenenza in caso di partnership.
- copia del documento di identità se la domanda non è firmata digitalmente;
- nel caso di delega, allegare l'atto di delega.

Ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi.

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato

**Autodichiarazione di riepilogo del personale
candidatura singola**

(in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000)

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ (_____) CAP _____

via _____ n. _____

In qualità di legale rappresentante dell'Ente responsabile della presa in carico (*denominazione Ente*):

con sede legale nel Comune di _____ (_____)

CAP _____ via _____ n. _____

CF _____ PARTITA IVA _____

Indirizzo PEC (che la ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'Avviso per l'aggiornamento dell'elenco degli Enti erogatori qualificati per lo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale e/o per la sperimentazione nidi ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico/educativo 2023/2024):

Indirizzo email del referente:

DICHIARA

(selezionare le voci di interesse)

Di avvalersi dei seguenti assistenti alla comunicazione:

Cognome e Nome	Tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionista...)	Qualifica	Esperienza didattica maturata (durata) SOLO PER NUOVO PERSONALE	Formazione specifica sul tema della disabilità sensoriale SOLO PER NUOVO PERSONALE

Di avvalersi dei seguenti tifloghi/tifloinformatici per l'erogazione del servizio di consulenza tiflogica/tifloinformatica:

Cognome e Nome	Tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionista...)	Qualifica	Esperienza didattica maturata (durata) SOLO PER NUOVO PERSONALE	Formazione specifica sul tema della disabilità sensoriale SOLO PER NUOVO PERSONALE

Di avvalersi dei seguenti pedagogisti esperti (sperimentazione nidi):

Cognome e Nome	Tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionista...)	Qualifica	Esperienza didattica maturata (durata) SOLO PER NUOVO PERSONALE	Formazione specifica sul tema della disabilità sensoriale SOLO PER NUOVO PERSONALE

Le figure professionali sopracitate possiedono i requisiti formativi di cui al presente avviso per l'aggiornamento dell'elenco degli Enti erogatori qualificati per lo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale e/o sperimentazione nidi ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico/educativo 2023/2024.

Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato

**Autodichiarazione di riepilogo del personale
candidatura in partenariato**

(in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art.47 D.P.R. 445/2000)

Il Sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ (____) CAP _____

via _____ n. ____

In qualità di legale rappresentante dell'Ente responsabile della presa in carico (*denominazione Ente*):

con sede legale nel Comune di _____ (____)

CAP _____ via _____ n. ____

CF _____ PARTITA IVA _____

Indirizzo PEC (che la ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all'Avviso per l'aggiornamento dell'elenco degli Enti erogatori qualificati per lo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale e per la sperimentazione nidi ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico/educativo 2023/2024):

Indirizzo email del referente:

DICHIARA

(selezionare le voci di interesse)

Di avvalersi dei seguenti Enti per l'erogazione del servizio di assistenza alla comunicazione;

Di avvalersi dei seguenti assistenti alla comunicazione:

Cognome e Nome	Tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionista...)	Ente di appartenenza	Qualifica	Esperienza didattica maturata (durata) SOLO PER NUOVO PERSONALE	Formazione specifica sul tema della disabilità sensoriale SOLO PER NUOVO PERSONALE

Di avvalersi dei seguenti tifloghi/tifloinformatici per l'erogazione del servizio di consulenza tiflogica/tifloinformatica:

Cognome e Nome	Tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionista...)	Ente di appartenenza	Qualifica	Esperienza didattica maturata (durata) SOLO PER NUOVO PERSONALE	Formazione specifica sul tema della disabilità sensoriale SOLO PER NUOVO PERSONALE

Di avvalersi dei seguenti pedagogisti esperti (sperimentazione nidi):

Cognome e Nome	Tipo di rapporto di lavoro (dipendente, libero professionista...)	Ente di appartenenza	Qualifica	Esperienza didattica maturata (durata) SOLO PER NUOVO PERSONALE	Formazione specifica sul tema della disabilità sensoriale SOLO PER NUOVO PERSONALE

Le figure professionali sopracitate possiedono i requisiti formativi di cui al presente avviso per l'aggiornamento dell'elenco degli Enti erogatori qualificati per lo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale e/o sperimentazione nidi ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico/educativo 2023/2024.

Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi dell'articolo 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445.

Luogo e Data _____

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato