**MODELLO B.2**

Domanda per l’iscrizione all’elenco degli enti erogatori qualificati allo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale **presenti** nell’elenco dell’anno precedente

**Anno scolastico 2022/2023**

**(in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, art. 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 email del referente:

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

***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***

**DICHIARA ED ATTESTA**

**(selezionare le voci di interesse)**

[ ]  di procedere in forma singola alla presa in carico dello studente destinatario degli interventi nella sua complessità come previsto dal piano individuale;

[ ]  di procedere, con altro Ente, alla presa in carico dello studente destinatario degli interventi nella sua complessità come previsto dal piano individuale, detenendo il ruolo di coordinatore e referente:

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione sociale Altro Ente | Codice fiscale o partita iva |
|  |  |

[ ] il mantenimento dei requisiti soggettivi;

[ ] il mantenimento dei requisiti organizzativi dell’ente e del personale in servizio;

[ ] dichiara altresì di aver trasmesso alla ATS i CV di tutti i propri operatori;

[ ] di essere già incluso per l’anno scolastico 2021/2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso l’ATS della Val Padana nella Sezione A “disabilità uditiva” garantendo la completa copertura del territorio dell’ATS;

[ ] di essere già incluso per l’anno scolastico 2021/2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso l’ATS della Val Padana nella Sezione A “disabilità uditiva” garantendo la parziale copertura del territorio dell’ATS:

□ Oglio Po □ Mantova

□ Crema □ Ostiglia

□ Cremona □ Suzzara

□ Asola □ Guidizzolo

[ ] di essere già incluso per l’anno scolastico 2021/2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso l’ATS della Val Padana nella Sezione B “disabilità visiva” garantendo la completa copertura del territorio dell’ATS;

[ ] di essere già incluso per l’anno scolastico 2021/2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso l’ATS della Val Padana nella Sezione B “disabilità visiva” garantendo la parziale copertura del territorio dell’ATS:

□ Oglio Po □ Mantova

□ Crema □ Ostiglia

□ Cremona □ Suzzara

□ Asola □ Guidizzolo

Dichiara inoltre che intende **per l’anno scolastico 2022/2023**:

[ ]  **confermare** quanto sopra dichiarato

 oppure

[ ]  **modificare** come segue**:**

[ ]  la Sezione:

[ ]  A “disabilità uditiva”

[ ]  B “disabilità visiva”

[ ]  A “disabilità uditiva” e B “disabilità visiva”

[ ]  la copertura totale o parziale del territorio dell’ATS della Val Padana. Se parziale indicare gli Ambiti Territoriali:

□ Oglio Po □ Mantova

□ Crema □ Ostiglia

□ Cremona □ Suzzara

□ Asola □ Guidizzolo

Allega e trasmette la documentazione attestante:

[ ] il possesso dei requisiti del nuovo personale, **allegando i Curricula**;

[ ] l’eventuale aggiornamento dei requisiti del personale già in servizio;

Luogo e Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Il Legale Rappresentante o

 Soggetto delegato

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