

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):

\_\_\_\_\_ quale  
 costituito con atto (estremi dell'atto costitutivo) \_\_\_\_\_  
 (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:
 

<input type="checkbox"/> Oglio Po	<input type="checkbox"/> Mantova
<input type="checkbox"/> Crema	<input type="checkbox"/> Ostiglia
<input type="checkbox"/> Cremona	<input type="checkbox"/> Suzzara
<input type="checkbox"/> Asola	<input type="checkbox"/> 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:
 

<input type="checkbox"/> Oglio Po	<input type="checkbox"/> Mantova
<input type="checkbox"/> Crema	<input type="checkbox"/> Ostiglia
<input type="checkbox"/> Cremona	<input type="checkbox"/> Suzzara
<input type="checkbox"/> Asola	<input type="checkbox"/> 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:

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oglio Po | <input type="checkbox"/> Mantova    |
| <input type="checkbox"/> Crema    | <input type="checkbox"/> Ostiglia   |
| <input type="checkbox"/> Cremona  | <input type="checkbox"/> Suzzara    |
| <input type="checkbox"/> Asola    | <input type="checkbox"/> 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

\_\_\_\_\_