

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 scolastico 2020/2021

**Anno scolastico 2021/2022**  
**(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 precedente 2020/2021 nell'elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta 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 precedente 2020/2021 nell'elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS della Val Padana nella Sezione A "disabilità uditiva" garantendo la parziale copertura del territorio dell'ATS, indicare 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 |
- di essere già incluso per l'anno scolastico precedente 2020/2021 nell'elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta 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 precedente 2020/2021 nell'elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS della Val padana nella Sezione B "disabilità visiva" garantendo la parziale copertura del territorio dell'ATS, indicare 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 |

Dichiara inoltre che intende per l'anno scolastico 2021/2022 di:

- 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 (curricula aggiornati);
- l'eventuale aggiornamento dei requisiti del personale già in servizio nonché i relativi curricula, qualora non fossero già stati trasmessi;
- autodichiarazione di riepilogo del personale impiegato.

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 ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico 2021/2022):

\_\_\_\_\_

Indirizzo email del referente:

\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(selezionare le voci di interesse)

Di avvalersi delle seguenti figure professionali per l'erogazione del servizio di assistenza alla comunicazione:

NOME E COGNOME	TIPO DI RAPPORTO DI LAVORO (Dipendente, libero professionista , ecc....)	QUALIFICA	ESPERIENZA DIDATTICA MATURATA (INDICARE LA DURATA)	FORMAZIONE SPECIFICA SUL TEMA DELLA DISABILITA' SENSORIALE

Di avvalersi dei seguenti tifloghi per l'erogazione del servizio tiflopedagogico (indicare in nominativi);

NOME E COGNOME	TIPO DI RAPPORTO DI LAVORO (Dipendente, libero professionista, ecc....)	QUALIFICA	ESPERIENZA DIDATTICA MATURATA (INDICARE LA DURATA)	FORMAZIONE SPECIFICA SUL TEMA DELLA DISABILITA' SENSORIALE

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 ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico 2021/2022.

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 ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico 2021/2022):

\_\_\_\_\_

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 delle seguenti figure professionali per l'erogazione del servizio di assistenza alla comunicazione:

NOME E COGNOME	TIPO DI RAPPORTO DI LAVORO (Dipendente, libero professionista , ecc....)	ENTE	QUALIFICA	ESPERIENZA DIDATTICA MATURATA (INDICARE LA DURATA)	FORMAZIONE SPECIFICA SUL TEMA DELLA DISABILITA' SENSORIALE

Di avvalersi dei seguenti tifloghi per l'erogazione del servizio tiflopedagogico (indicare in nominativi);

NOME E COGNOME	TIPO DI RAPPORTO DI LAVORO (Dipendente, libero professionista , ecc....)	ENTE	QUALIFICA	ESPERIENZA DIDATTICA MATURATA (INDICARE LA DURATA)	FORMAZIONE SPECIFICA SUL TEMA DELLA DISABILITA' SENSORIALE

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 ai sensi degli artt. 5 e 6 della LR 19/2007 per l'anno scolastico 2021/2022.

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

\_\_\_\_\_