

**Schema tipo di dichiarazione di conferma del possesso dei requisiti degli Enti erogatori attivi
nell'a.e/a.s. 2025/2026**

Dichiarazione di conferma del possesso dei requisiti per lo svolgimento degli interventi di inclusione educativa/scolastica dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale per l'a.e./a.s. 2026/2027 da parte degli Enti erogatori già presenti e attivi negli elenchi di ogni ATS dell'a.e/a.s 2025/2026 (in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Anno educativo/scolastico 2026/2027

Il/La Sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____
 Nato/a 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 e ATTESTA
(selezionare le voci di interesse)

Ai fini dello svolgimento degli interventi di inclusione educativa/scolastica dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale, ai sensi della L.R. 19/2007 di essere già presente nell'elenco di ATS per l'a.e/a.s 2025/2026:

di essere Ente:

- ☐ pubblico;
- ☐ privato senza scopo di lucro con particolare riferimento a:
 - o Organismo non lucrativo di utilità sociale e/o ente del terzo settore iscritto al RUNTS;
 - o Organizzazione di volontariato iscritto al RUNTS;
 - o Associazione ed ente di promozione sociale iscritto al RUNTS;
 - o Organismo iscritto all'anagrafe delle ONLUS presso l'Agenzia delle Entrate;
 - o Organismo della cooperazione sociale;
 - o Fondazione;
 - o Altro soggetto privato senza scopo di lucro;

attivo nel/i:

- ☐ Percorso ordinario
- ☐ Percorso nidi
- ☐ Entrambe i percorsi

- ☐ di confermare il possesso dei requisiti soggettivi dichiarati nella domanda agli atti dell'a.e/a.s. precedente 2025/2026;
- ☐ di confermare il possesso dei requisiti organizzativi dell'Ente e del personale in servizio stabiliti con le linee guida regionali per l'anno educativo/scolastico 2025/2026;
- ☐ di confermare la disponibilità allo svolgimento dei servizi di cui alla domanda dell'anno scolastico/educativo precedente 2025/2026.

- ☐ di procedere in forma singola

oppure

- ☐ di procedere, con altro Ente, di seguito elencato, alla presa in carico dei bambini/alunni/studenti destinatari degli interventi nella loro complessità come previsto dal Piano Individuale, detenendo il ruolo di coordinatore e referente:

| Ragione Sociale Altro Ente | Codice fiscale o partita Iva |
|----------------------------|------------------------------|
| | |
| | |

di dare la propria disponibilità a svolgere il servizio per l'a.e/a.s. 2026/2027 come segue:

☐ **PERCORSO ORDINARIO:**

☐ sezione A "disabilità uditiva"

☐ per l'intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare.....)

☐ sezione B "disabilità visiva"

☐ per l'intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare.....)

☐ **PERCORSO NIDI:**

☐ sezione A "disabilità uditiva"

☐ per l'intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare.....)

☐ sezione B "disabilità visiva"

☐ per l'intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare.....)

- ☐ di individuare il sig./la sig.ra Nome_____ Cognome_____ qualifica professionale (ruolo all'interno dell'Ente)_____ quale referente

per il percorso di inclusione scolastica contattabile al seguente Indirizzo e-mail _____
_____ e numero telefonico _____

☐ di fornire altresì la propria eventuale disponibilità a proseguire l'attività nell'a. e/a.s. 2027/2028.

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;
- i curricula completi e aggiornati del personale impiegato per l'erogazione degli interventi di inclusione scolastica/educativa a favore dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale se non già prodotti;
- copia del documento di identità se la domanda non è firmata digitalmente;
- atto di delega (allegare nel caso di delega alla firma a persona diversa dal Legale rappresentante).

Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi degli artt. 46 e 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 _____