**Spett.le ATS della Brianza**

**Viale Elvezia, 2**

**20900 Monza**

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 **nuovi** operatori

☐di essere già incluso per l’anno scolastico precedente 2021-2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS Brianza nella **Sezione A** “disabilità uditiva” garantendo la **completa copertura del territorio dell’ATS Brianza**

☐di essere già incluso per l’anno scolastico precedente 2021-2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS Brianza nella **Sezione A** “disabilità uditiva” garantendo la **parziale copertura del territorio dell’ATS Brianza**

|  |  |
| --- | --- |
| **Provincia di Lecco** | **Provincia di Monza** |
| □ Ambito di Bellano | □ Ambito di Carate |
| □ Ambito di Lecco | □ Ambito di Desio |
| □ Ambito di Merate | □ Ambito di Monza |
|  | □ Ambito di Seregno |
|  | □ Ambito di Vimercate |

☐di essere già incluso per l’anno scolastico precedente 2021-2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS Brianza nella **Sezione B** “disabilità visiva” garantendo la **completa copertura del territorio dell’ATS Brianza**

☐di essere già incluso per l’anno scolastico precedente 2021-2022 nell’elenco degli Enti erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS Brianza nella **Sezione B** “disabilità visiva” garantendo la **parziale copertura del territorio dell’ATS** **Brianza**

|  |  |
| --- | --- |
| **Provincia di Lecco** | **Provincia di Monza** |
| □ Ambito di Bellano | □ Ambito di Carate |
| □ Ambito di Lecco | □ Ambito di Desio |
| □ Ambito di Merate | □ Ambito di Monza |
|  | □ Ambito di Seregno |
|  | □ Ambito di Vimercate |

Dichiara inoltre di che intende per l’anno scolastico 2022-2023 di:

**confermare** quanto sopra dichiarato

oppure

**modificare** come segue**:**

le Sezioni (se si desidera essere iscritti a ambedue le sezioni, barrare entrambe le caselle):

☐ A “disabilità uditiva”

☐ la copertura totale del territorio dell’ATS Brianza

☐ la copertura parziale del territorio dell’ATS Brianza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Provincia di Lecco** | **Provincia di Monza** |
| □ Ambito di Bellano | □ Ambito di Carate |
| □ Ambito di Lecco | □ Ambito di Desio |
| □ Ambito di Merate | □ Ambito di Monza |
|  | □ Ambito di Seregno |
|  | □ Ambito di Vimercate |

☐ B “disabilità visiva”

☐ la copertura totale del territorio dell’ATS Brianza

☐ la copertura parziale del territorio dell’ATS Brianza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Provincia di Lecco** | **Provincia di Monza** |
| □ Ambito di Bellano | □ Ambito di Carate |
| □ Ambito di Lecco | □ Ambito di Desio |
| □ Ambito di Merate | □ Ambito di Monza |
|  | □ Ambito di Seregno |
|  | □ Ambito di Vimercate |

Allega e trasmette la documentazione attestante:

* Elenco Operatori da impiegare nell'a.s. 2022-23 come da file Excel fornito da ATS Brianza
* il possesso dei requisiti del nuovo personale (curricula)
* l’eventuale aggiornamento dei requisiti del personale già in servizio (da fornire solo per i professionisti i cui requisiti non erano pienamente rispondenti se pertanto è necessario dare evidenza delle azioni indicate in deroga temporanea per l’a.s. 2021-2022)
* carta di identità del Legale rappresentante se domanda con firma olografa.

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

Il Legale Rappresentante o

Soggetto delegato