**MODELLO B1**

**Nuovi Enti Erogatori o Enti già iscritti con intervenute modifiche**

**Domanda per l’iscrizione all’elenco degli Enti erogatori qualificati allo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale per l’a.s./a.e. 2023/2024 - Percorso Ordinario e Sperimentazione Nidi.**

Anno scolastico/educativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)**

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)**

1. di essere Ente:

**​​****☐​**  Ente già iscritto

☐ profit

**​​☐​**  non profit

**​​☐​** capofila per l’attuazione del Piano di Zona (azienda speciale, consorzio di Comuni, comune o comunità montana etc.)   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**​​☐​** che garantisce, in un convitto anche fuori Regione, percorsi scolastici e di inclusione scolastica, secondo i criteri previsti dalle linee guida di RL, a studenti con disabilità sensoriale residenti nel territorio lombardo;

**​​☐​** con sede operativa e/o legale in Lombardia (esclusi gli Enti di cui al punto precedente che garantiscono transitoriamente, in un convitto anche fuori Regione, percorsi scolastici e di inclusione scolastica, secondo i criteri previsti dalle linee guida di RL, a studenti con disabilità sensoriale residenti nel territorio lombardo);

**​​☐​** che procede in forma singola alla presa in carico dei bambini/alunni/studenti destinatari degli interventi nella loro complessità, come previsto dal Piano Individuale

**​​☐​** che procede, 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 |
|  |  |

**​☐** **​​​**che garantisce costante attività di supervisione e formazione specifica nell’ambito della disabilità sensoriale e verificare che gli attestati di formazione siano rilasciati da Enti specialistici/riconosciuti per la formazione, anche, evolutivamente, nel quadro di quanto previsto dal decreto n.7947/2020;

**☐** che ha svolto un’attività nell’ambito degli interventi per l’inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale nell’arco degli ultimi tre anni scolastici, per un periodo complessivo di almeno un anno scolastico;

oppure, in alternativa al punto precedente:

**​​☐​** di essere dotato di personale qualificato di comprovata esperienza nella didattica per gli studenti con disabilità sensoriale e/o in possesso di attestati di frequenza a percorsi formativi/aggiornamento relativi alla disabilità sensoriale

**​​☐​** in aggiunta al personale di cui al punto precedente, di essere dotato di personale privo di esperienza nell’ambito della disabilità sensoriale, ma in possesso di attestati di frequenza a percorsi formativi/aggiornamento relativi alla disabilità uditiva e visiva.

1. L’Ente erogatore dichiara che:

gli operatori sono in possesso dei requisiti stabiliti dalle Linee Guida Regionali per l’anno scolastico/educativo 2023/2024 di cui all’Allegato A della presente deliberazione di Giunta Regionale al punto 4.1 (lettere a,b,c)

dichiara altresì:

☐​  di garantire il materiale di supporto, qualora richiesto nel Piano Individuale (PI), nelle modalità e termini declinati dalle linee guida regionali

​​☐​ di allegare la documentazione comprovante lo svolgimento di un’attività nell’ambito degli interventi per l’inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale (visiva e/o uditiva) nell’arco degli ultimi tre anni scolastici, per un periodo complessivo di almeno un anno scolastico

​​☐​ di impegnarsi alla stipula della convenzione con l’ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel cui territorio risiedono gli studenti con disabilità sensoriale beneficiari degli interventi di supporto all’inclusione scolastica

3 Il Rappresentante legale dell’Ente dichiara di essere in possesso di adeguati requisiti di onorabilità e affidabilità morale, ed in particolare di:

​​☐​ assenza di condanna definitiva per reati gravi in danno allo Stato o della comunità che incidono sulla moralità professionale

​​☐​ assenza di condanne penali, o procedimenti penali pendenti, per fatti imputabili all’esercizio delle attività oggetto del presente avviso

​​☐​ assenza dell’applicazione della pena accessoria della interdizione da una professione o da un’arte e interdizione dagli uffici direttivi delle persone giuridiche e delle imprese

​​☐​ assenza di procedimenti per l’applicazione di una misura di prevenzione

​​☐​ non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo nei cui riguardi sia in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni

​​☐​ non sussistenza di procedimenti o provvedimenti ai sensi delle Leggi 646/1982 e 936/1982 e successive modifiche e integrazioni, recanti disposizioni in materia di lotta alla delinquenza mafiosa

**CHIEDE**

​☐ di essere ammesso all’elenco dell’ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_degli Enti erogatori qualificati che svolgeranno il servizio nelle seguenti tipologie:

​​☐ percorso ordinario, sezioni:

☐ A “disabilità uditiva”

​​☐​ per l’intero territorio di ATS

​​☐​ per I seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)

☐ B “disabilità visiva”

☐​ per l’intero territorio di ATS

​​☐​ per I seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)

​​☐​ Sperimentazione Nidi, sezioni:

☐ A “disabilità uditiva”

☐​ per l’intero territorio di ATS

​​☐​ per i seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)

☐ B “disabilità visiva”

​​☐​ per l’intero territorio di ATS

​​☐​ per i seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)

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
* curricula del personale impiegato per l’erogazione degli interventi di inclusione scolastica a favore dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale
* copia del documento di identità se la domanda non è firmata digitalmente
* nel caso di delega, allegare l’atto di delega.

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

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