**ALLEGATO 1.B**

**MODELLO C2**

**Enti erogatori presenti in elenco per l’a.s/a.e 2023/2024**

**Percorso Scolastico e Percorso Nidi/Micronidi e Sezioni Primavera**

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. 2024/2025 da parte degli Enti erogatori già presenti negli elenchi di ogni ATS dell’a.e/a.s 2023/2024 (in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

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

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 e-mail del referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

(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 2023/2024:

* nel **PERCORSO SCOLASTICO** (già ordinario):
* *sezione A “disabilità uditiva*”
* per l’intero territorio di ATS
* per I seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)
* *sezione B “disabilità visiva”*
* per l’intero territorio di ATS
* per I seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)
* nel **PERCORSO NIDI, MICRONIDI PUBBLICI E PRIVATI E SEZIONE PRIMAVERA DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA** (già Sperimentazione Nidi):
* *sezione A “disabilità uditiva*”
* per l’intero territorio di ATS
* per i seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)
* *sezione B “disabilità visiva*”
* per l’intero territorio di ATS
* per i seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)
* di confermare il possesso dei requisiti soggettivi dichiarati nella domanda agli atti dell’a.e/a.s. precedente 2023/2024;
* di confermare il possesso dei requisiti organizzativi dell’Ente e del personale in servizio stabiliti con le linee guida regionali per l’anno scolastico/anno educativo 2024/2025;
* di confermare la disponibilità allo svolgimento dei servizi di cui alla domanda dell’anno scolastico/educativo precedente 2023/2024.

Dichiara inoltre che intende per l’anno educativo/scolastico 2024/2025 di modificare/integrare come segue:

* nel **PERCORSO SCOLASTICO** (già ordinario):
* *sezione A “disabilità uditiva*”
* per l’intero territorio di ATS
* per I seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)
* *sezione B “disabilità visiva”*
* per l’intero territorio di ATS
* per I seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)
* **PERCORSO NIDI, MICRONIDI PUBBLICI E PRIVATI E SEZIONE PRIMAVERA DELLA SCUOLA DELL’INFANZIA** (già Sperimentazione Nidi):
* *sezione A “disabilità uditiva*”
* per l’intero territorio di ATS
* per i seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)
* *sezione B “disabilità visiva*”
* per l’intero territorio di ATS
* per i seguenti ambiti di ATS (indicare Ambiti territoriali …….)

Ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e smi, 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.

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 e nel caso di delega, allegare l’atto di delega.

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

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato (\*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\*)