

**Schema tipo di domanda Enti Erogatori non presenti in elenco
o con intervenute modifiche o non attivi sul territorio a.e /a.s 2024/2025**

Domanda per l'iscrizione all'elenco degli Enti erogatori qualificati allo svolgimento degli interventi di inclusione educativa/scolastica dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale per l'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 2025/2026

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):

DICHIARA e ATTESTA

(selezionare le voci di interesse)

1. di essere Ente:

- pubblico;
- privato senza scopo di lucro con particolare riferimento a:
 - Organismo non lucrativo di utilità sociale e/o ente del terzo settore iscritto al RUNTS;
 - Organizzazione di volontariato iscritto al RUNTS;
 - Associazione ed ente di promozione sociale iscritto al RUNTS;
 - Organismo iscritto all'anagrafe delle ONLUS presso l'Agenzia delle Entrate;
 - Organismo della cooperazione sociale;
 - Fondazione;
 - Altro soggetto privato senza scopo di lucro.
- con sede operativa e/o legale in Lombardia;
- che procede in forma singola alla presa in carico dei bambini/alunni/studenti destinatari degli interventi nella loro complessità, come previsto dal Piano Individuale; oppure
- 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:

Su vostra carta intestata

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;
- di essere dotato di personale qualificato e di comprovata esperienza come richiesto dalle linee guida di cui alla DGR n. 4174/2025 (All. A punto 5.2 "Le figure professionali");
- 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.

2. L'Ente erogatore dichiara inoltre:

- 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 nel cui territorio risiedono i bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale beneficiari degli interventi di supporto all'inclusione educativa/scolastica.

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;

3. 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 rendersi fin d'ora disponibile a proseguire l'attività nell'a.s. 2026/2027 attraverso la partecipazione all'Avviso di manifestazione interesse promossa da Regione Lombardia.

Su vostra carta intestata

CHIEDE

di essere ammesso all'elenco dell'ATS di _____ degli Enti erogatori qualificati che svolgeranno il servizio nelle seguenti tipologie:

nel **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.....)

nel **PERCORSO NIDI:**

sezione A "disabilità uditiva"

per l'intero territorio di ATS

per i seguenti ambiti 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.....)

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 _____