**Alla ATS della Montagna**

**Indirizzo PEC:**

**direzione.sociosanitaria@pec.ats-montagna.it**

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 operatori
* di essere già incluso per l’anno scolastico precedente ………… nell’elenco degli Enti

erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS di\_\_\_ nella Sezione A “disabilità uditiva” garantendo la completa copertura

del territorio dell’ATS

* di essere già incluso per l’anno scolastico precedente ………… nell’elenco degli Enti

erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS di \_\_ nella Sezione A “disabilità uditiva” garantendo la parziale copertura

del territorio dell’ATS (indicare Ambiti territoriali )

* di essere già incluso per l’anno scolastico precedente…………. nell’elenco degli Enti

erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS di\_ nella Sezione B “disabilità visiva” garantendo la completa copertura

del territorio dell’ATS

* di essere già incluso per l’anno scolastico precedente………. nell’elenco degli Enti

erogatori del servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali presso codesta ATS di\_ nella Sezione B “disabilità visiva” garantendo la parziale copertura del

territorio dell’ATS (indicare Ambiti territoriali )

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

* **confermare** quanto sopra dichiarato oppure
* **modificare** come segue**:**
  + la Sezione:
    - A “disabilità uditiva”
    - B “disabilità visiva”
    - A “disabilità uditiva” e B “disabilità visiva”
  + la copertura totale o parziale del territorio dell’ATS (se parziale indicare

gli Ambiti Territoriali) …………………………………………..

Allega e trasmette la documentazione attestante:

* il possesso dei requisiti del nuovo personale (curricula)
* l’eventuale aggiornamento dei requisiti del personale già in servizio

Luogo e Data

Il Legale Rappresentante

o Soggetto delegato

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