**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**

**(ART. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, 445)**

**Svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale anno scolastico 2020/2021**

**Autocertificazione del mantenimento dei requisiti soggettivi ed organizzativi dell’ente e del personale in servizio e trasmissione della documentazione attestante il possesso dei requisiti dell’eventuale nuovo personale (es. curricula)**

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**

☐Di essere già incluso per l’anno scolastico 2019/2020 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 2019/2020 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**

(selezionare le voci di interesse)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 2019/2020 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 2019/2020 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**

(selezionare le voci di interesse)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

☐Che intende continuare, anche per l’anno scolastico 2020/2021, ad erogare il servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali per la **Sezione A** “disabilità uditiva” e per la **Sezione B** “disabilità visiva” garantendo la (indicare se parziale o completa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ copertura del territorio dell’ATS

(nel caso di parziale,selezionare le voci di interesse)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

☐Che intende continuare, per l’anno scolastico 2020/2021, ad erogare il servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali per la **Sezione A** “disabilità uditiva” garantendo la (indicare se parziale o completa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ copertura del territorio dell’ATS

(nel caso di parziale,selezionare le voci di interesse)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |

☐Che intende continuare, per l’anno scolastico 2020/2021, ad erogare il servizio di inclusione scolastica dei disabili sensoriali per la **Sezione B** “disabilità visiva” garantendo la (indicare se parziale o completa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ copertura del territorio dell’ATS

(nel caso di parziale,selezionare le voci di interesse)

|  |  |
| --- | --- |
| **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 procedere in forma singola alla gestione del servizio;

**☐** Di procedere, con altro Ente, alla gestione del servizio, 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

Allega e trasmette la documentazione attestante:

**☐** il possesso dei requisiti del nuovo personale (curricula)

**☐** l’eventuale aggiornamento dei requisiti del personale già in servizio

**☐** Copia fotostatica documento di riconoscimento del Legale Rappresentante;

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

Il Legale Rappresentante o

Soggetto delegato