Alla ATS BRIANZA

**OGGETTO:** **“Domanda di adesione alla sperimentazione di un modello d’offerta inclusivo rivolto ai bambini con disabilità sensoriale frequentanti Asili Nido e Micronidi, pubblici e privati e le Sezioni primavera della scuola dell’infanzia”**

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante dell’Ente (denominazione Ente):

con sede legale nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) CAP\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede operativa nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARTITA IVA **\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo PEC (che l’ATS utilizzerà per le comunicazioni ufficiali relative all’avviso):

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

Nome e Indirizzo email del referente:

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

**DICHIARA**

* di essere già iscritto nell’elenco degli Enti Erogatori qualificati allo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale a partire dall’anno scolastico 2019-2020 e s.m.i.
* di essere a conoscenza del testo integrale dell’Avviso
* di accettare la regolamentazione della sperimentazione e le modalità di realizzazione indicate dalle DD.G.R. n. 2426/2019 e n. 4140/2020
* di mettere a disposizione il personale richiesto dalla sperimentazione secondo quanto stabilito dalla dalle DD.G.R. n. 2426/2019 e n. 4140/2020
* di essere disponibile a partecipare alla sperimentazione per:

[ ]  i bambini con disabilità visiva

[ ]  i bambini con disabilità uditiva

[ ]  i bambini con disabilità uditiva e visiva

e per il seguente territorio dell’ATS BRIANZA (indicare se a totale o parziale copertura dell’ATS con indicazione degli ambiti coperti)…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* di collaborare con il personale degli Asili Nido e Micronidi, pubblici e privati e delle Sezioni primavera della Scuola dell’infanzia che partecipano alla sperimentazione ed in particolare alla realizzazione del Piano Individuale per ogni bambino con disabilità sensoriale iscritto all’ Asilo Nido o Micronido (pubblici e privati) o alla Sezione primavera della Scuola dell’infanzia e con l’ATS BRIANZA che ha la regia attuativa della sperimentazione
* di collaborare alla realizzazione del monitoraggio della sperimentazione fornendo i dati richiesti da ATS e/o direttamente da Regione Lombardia

 **DICHIARA ALTRESI’**

di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e/o di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, secondo quanto disposto dall’art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n 445, nonché alla revoca del servizio.

Il/La sottoscritto/a autorizza ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni, l’utilizzo dei propri dati personali ai soli fini della presente procedura.

Si allega copia fotostatica non autenticata di un proprio documento di identità in corso di validità.

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

 Il Legale Rappresentante o

 Soggetto delegato

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