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 alle Sezioni primavera della scuola dell’infanzia**

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

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

in qualità di legale rappresentante del ----------------------------------------------------------------------------------------- (indicare se nido, micronido, se pubblico o privato o in caso di sezione primavera anche la denominazione della scuola dell’infanzia):

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**

* che la struttura ………………… è unità d’offerta sociale
  + Asilo Nido
  + Micronido

regolarmente in esercizio ai sensi del DDG n.1254/2010 ed in possesso del seguente codice AFAM (Anagrafica Famiglia)……….e operante sul territorio dell’ATS della Brianza,

oppure

* che la Sezione primavera della scuola dell’infanzia …………………….possiede i requisiti previsti per la scuola dell’infanzia
* di essere a conoscenza del testo integrale dell’Avviso
* di accettare la regolamentazione della sperimentazione e le modalità di realizzazione indicate dalle DDGR n. 2426 dell’11.11.2019 e n. 4140 del 21.12.2020
* di collaborare con il personale che interverrà per la realizzazione del Piano Individuale per ogni bambino con disabilità sensoriale iscritto a Asilo Nido o Micronido o 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

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