**ALLEGATO 1**

### Facsimile domanda

(N.B.: compilare su carta intestata del soggetto proponente)

**Compilazione a cura del rappresentante legale dell’Ente Erogatore qualificato allo svolgimento degli interventi di inclusione scolastica degli studenti con disabilità sensoriale inserito nell’elenco per l’anno scolastico 2019/2020**

All’ATS di Brescia

Dipartimento PIPSS

V.le Duca degli Abruzzi,15

25124 – BRESCIA

Trasmissione via PEC

protocollo@pec.ats-brescia.it

**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 per l’anno scolastico 2019/2020
* di essere a conoscenza del testo integrale dell’Avviso
* di accettare la regolamentazione della sperimentazione e le modalità di realizzazione indicate dalla DGR  n. XI/2426 dell’11/11/2019 “Determinazioni in merito alla sperimentazione di un modello d’offerta inclusivo rivolto ai bambini con disabilità sensoriale frequentanti asili nido, micronidi pubblici e privati e Sezioni primavera della Scuola dell’infanzia, in attuazione della DGR n.1682/2019”
* di mettere a disposizione il personale richiesto dalla sperimentazione secondo quanto stabilito dalla DGR n. XI/2426 dell’11/11/2019 Determinazioni in merito alla sperimentazione di un modello d’offerta inclusivo rivolto ai bambini con disabilità sensoriale frequentanti asili nido, micronidi pubblici e privati e Sezioni primavera della Scuola dell’infanzia, in attuazione della DGR n.1682/2019”
* 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……………………(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 di Brescia che ha la regia attuativa della sperimentazione
* 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.

Data e firma del Rappresentante Legale