Modello A.2

**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 di Brescia nella Sezione A “disabilità uditiva” garantendo la completa copertura del territorio dell’ATS

[ ] 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 di Brescia nella Sezione A “disabilità uditiva” garantendo la parziale copertura del territorio dell’ATS (indicare Ambiti territoriali)

[ ] 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 di Brescia nella Sezione B “disabilità visiva” garantendo la completa copertura del territorio dell’ATS

[ ] 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 di Brescia nella Sezione B “disabilità visiva” garantendo la parziale copertura del territorio dell’ATS (indicare Ambiti territoriali)

[ ] 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

[ ] 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

[ ] 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 nella Sezione B “disabilità visiva” garantendo la (indicare se parziale o completa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ copertura del territorio dell’ATS

[ ] 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

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

 Il Legale Rappresentante o

 Soggetto delegato