Alla ATS Milano Città Metropolitana

**“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 anno educativo 2022/2023”**

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 2022/2023
* di essere a conoscenza del testo integrale dell’Avviso
* di accettare la regolamentazione della sperimentazione e le modalità di realizzazione indicate dalla DGR n. n. 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*” e della DGR n. 4140 del 21.12.2020 “*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 delle deliberazioni n. 2426/2019 e n. 3105/2020. Ulteriori determinazioni”*
* di mettere a disposizione il personale richiesto dalla sperimentazione secondo quanto stabilito dalla DGR n.n. 2426 dell’11.11.2019 e della successiva DGR n. 4140 del 21.12.2020
* 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
* di garantire la copertura…………………………………………………. (indicare se totale o parziale) del territorio di ATS Milano Città Metropolitana;
* di scegliere i seguenti Ambiti di copertura (da compilare solo nel caso di scelta di copertura parziale);

**Disabilità uditiva** (selezionare Ambito Territoriale prescelto)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Casalpusterlengo-Lodi-S.Angelo Lodigiano |  | Sesto San Giovanni |
|  | Rho |  | Cinisello Balsamo |
|  | Garbagnate Milanese |  | Milano Città |
|  | Corsico |  | San Giuliano Milanese |
|  | Alto Milanese  (Legnano-Castano Primo) |  | Cernusco sul Naviglio |
|  | Pioltello |
|  | Magenta |  | Melzo |
|  | Abbiategrasso |  | Visconteo Sud Milano  (Binasco- Rozzano) |
|  | Paullese |  | Trezzo Sull’Adda |

**Disabilità visiva** (selezionare Ambito Territoriale prescelto)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Casalpusterlengo-Lodi-S.Angelo Lodigiano |  | Sesto San Giovanni |
|  | Rho |  | Cinisello Balsamo |
|  | Garbagnate Milanese |  | Milano Città |
|  | Corsico |  | San Giuliano Milanese |
|  | Alto Milanese  (Legnano - Castano Primo) |  | Cernusco sul Naviglio |
|  | Pioltello |
|  | Magenta |  | Melzo |
|  | Abbiategrasso |  | Visconteo Sud Milano  (Binasco-Rozzano) |
|  | Paullese |  | Trezzo Sull’Adda |

* 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 e con l’ATS Milano Città Metropolitana 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;
* curriculum vitae del personale.

Data e firma del Rappresentante Legale