(Compilazione a cura del rappresentante legale dell’Asilo Nido, Micronido, pubblico o privato o della Sezione primavera della scuola dell’infanzia)

Alla ATS Città Metropolitana di Milano

**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 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 di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

oppure

* che la Sezione primavera della scuola dell’infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

possiede i requisiti previsti per la scuola dell’infanzia

* 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 collaborare con il personale che interverrà per la realizzazione del Piano Individuale per ogni bambino con disabilità sensoriale iscritto all’Asilo Nido o Micronido o Sezione primavera della Scuola dell’infanzia

e con l’ATS Milano Città Metropolitana 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.

Data e firma del Rappresentante Legale