Alla C.A. dell’Agenzia di Tutela della Salute dell’Insubria

Pec:protocollo@pec.ats-insubria.it

**Oggetto: Dichiarazione di manifestazione di interesse per l’erogazione di interventi di sostegno dei minori con grave e gravissima disabilità che frequentano la scuola ai sensi della D.G.R. n. XI/6387 del 16 maggio 2021.**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presa visione dell’avviso di manifestazione di interesse approvato da codesta ATS con deliberazione n. ….., del ………, per l’erogazione di interventi di sostegno dei minori con grave e gravissima disabilità che frequentano la scuola ai sensi della D.G.R. n. XI/6387 del 16 maggio 2021

**MANIFESTA INTERESSE**

a partecipare alla procedura finalizzata all’individuazione di Enti Gestori di ADI accreditati/accreditati e a contratto con ATS Insubria, con i quali sottoscrivere specifici contratti di scopo per la realizzazione di progetti per il sostegno di minori con grave/gravissima disabilità o affetti da patologie croniche che frequentano la scuola, e a tal fine

**DICHIARA**

Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

(art. 47 DPR 28 dicembre 200, n. 445)

* di essere il Legale Rappresentante dell’Ente denominato ………………………………………………………………………, P.IVA/CF …………………………………., con sede legale a…………………………... in Via……………………………… n.……, e sede operativa a……………………………………………………………………., in Via ……………………………………….., n. ………
* che l’Ente ADI è (barrare la voce di interesse):

▫ accreditato – CUDES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

▫ accreditato e a contratto con ATS Insubria - CUDES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere a conoscenza ed accettare in ogni sua parte l’Avviso di Manifestazione di Interesse approvato con deliberazione di ATS Insubria n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di accettare integralmente la regolamentazione e le modalità di realizzazione degli interventi, secondo quanto determinato nell’Avviso e nel protocollo d’intesa da sottoscrivere in esito alla manifestazione di interesse di cui all’oggetto;
* di essere in possesso delle figure professionali necessarie agli interventi previsti dal bando di avviso;
* di impiegare le suddette figure al fine di garantire l’attivazione degli interventi che saranno previsti all’interno dei singoli piani individuali;
* di collaborare con l’ASST competente per territorio e con il personale degli istituti scolastici presso i quali verranno svolti gli interventi previsti dal Piano Individuale;
* di procedere all’attivazione degli interventi nel termine di 10 giorni dalla richiesta;
* di rendicontare gli interventi nei termini e secondo le modalità in uso ad ATS Insubria;
* di rendersi disponibile ad attivare gli interventi presso il seguente/i seguenti territorio/i (barrare solo la/le voce/voci di interesse):

▫ ASST LARIANA

▫ ASST SETTE LAGHI

▫ ASST VALLE OLONA

* di essere consapevole che gli interventi dovranno essere garantiti nell’ambito dell’intero territorio prescelto;
* di collaborare al monitoraggio degli interventi di sostegno fornendo ad ATS Insubria i dati all’uopo necessari;
* di essere a conoscenza delle conseguenze, anche penali, previste dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
* di individuare il/la ………………………………………………………………………, indirizzo mail …………………….. e numero di telefono ……………………………., in qualità di REFERENTE di questo Ente, per la realizzazione dei progetti per il sostegno di minori con grave/gravissima disabilità o affetti da patologie croniche che frequentano la scuola.

Il/La sottoscritto/a autorizza ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs n. 196/2003, Regolamento UE n. 2016/679 e D.Lgs. n. 101/2018) 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firmato digitalmente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**