

Allegato B

Alla C.A. dell'Agencia 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 2000, 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;

Allegato B

- 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 _____