**ALLEGATO A2**

**Schema tipo di dichiarazione di conferma del possesso dei requisiti degli Enti erogatori attivi nell’a.e/a.s. 2024/2025**

Dichiarazione di conferma del possesso dei requisiti per lo svolgimento degli interventi di inclusione educativa/scolastica dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale per l’a.e./a.s. 2025/2026 da parte degli Enti erogatori già presenti e attivi negli elenchi di ogni ATS dell’a.e/a.s 2024/2025 (in forma di dichiarazione sostitutiva di atto notorio, artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000)

Anno educativo/scolastico 2025/2026

Il/La Sottoscritto/a Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a 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 e-mail del referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA e ATTESTA

(selezionare le voci di interesse)

Ai fini dello svolgimento degli interventi di inclusione educativa/scolastica dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale, ai sensi della L.R. 19/2007 di essere già presente nell’elenco di ATS ……………………… per l’a.e/a.s 2024/2025:

di essere Ente:

* pubblico;
* privato senza scopo di lucro con particolare riferimento a:
  + Organismo non lucrativo di utilità sociale e/o ente del terzo settore iscritto al RUNTS;
  + Organizzazione di volontariato iscritto al RUNTS;
  + Associazione ed ente di promozione sociale iscritto al RUNTS;
  + Organismo iscritto all’anagrafe delle ONLUS presso l’Agenzia delle Entrate;
  + Organismo della cooperazione sociale;
  + Fondazione;
  + Altro soggetto privato senza scopo di lucro;

attivo nel/i:

* Percorso ordinario
* Percorso nidi
* Entrambe i percorsi
* di confermare il possesso dei requisiti soggettivi dichiarati nella domanda agli atti dell’a.e/a.s. precedente 2024/2025;
* di confermare il possesso dei requisiti organizzativi dell’Ente e del personale in servizio stabiliti con le linee guida regionali per l’anno educativo/scolastico 2025/2026;
* di confermare la disponibilità allo svolgimento dei servizi di cui alla domanda dell’anno scolastico/educativo precedente 2024/2025.
* di procedere in forma singola

oppure

* di procedere, con altro Ente, di seguito elencato, alla presa in carico dei bambini/alunni/studenti destinatari degli interventi nella loro complessità come previsto dal Piano Individuale, detenendo il ruolo di coordinatore e referente:

|  |  |
| --- | --- |
| Ragione Sociale Altro Ente | Codice fiscale o partita Iva |
|  |  |
|  |  |

di dare la propria disponibilità a svolgere il servizio per l’a.e/a.s. 2025/2026 come segue:

☐ **PERCORSO ORDINARIO**:

☐ sezione A “disabilità uditiva”

☐ per l’intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare………………………………………………………………………….……………….)

☐ sezione B “disabilità visiva”

☐ per l’intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare………………………………………………………………………………….………...)

☐ **PERCORSO NIDI**:

☐ sezione A “disabilità uditiva”

☐ per l’intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare……………………………………………………………………………………..….)

☐ sezione B “disabilità visiva”

☐ per l’intero territorio di ATS

☐ per i seguenti Ambiti Territoriali Sociali di ATS

(indicare il nome degli Ambiti territoriali in cui si intende operare……………………………………………………………………………………..….)

☐ di individuare il sig./la sig.ra Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ qualifica professionale (ruolo all’interno dell’Ente)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale referente per i percorso di inclusione scolastica contattabile al seguente Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e numero telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ di rendersi fin d’ora disponibile a proseguire l’attività nell’a.s. 2026/2027 attraverso la partecipazione all’Avviso di manifestazione interesse promossa da Regione Lombardia.

Allega alla presente:

* l’elenco degli operatori con l’indicazione dei titoli di studio, corsi di formazione/aggiornamento relativi alla tematica disabilità sensoriale e specifiche esperienze professionali;
* i curricula completi e aggiornati del personale impiegato per l’erogazione degli interventi di inclusione scolastica/educativa a favore dei bambini/alunni/studenti con disabilità sensoriale se non già prodotti;
* copia del documento di identità se la domanda non è firmata digitalmente;
* atto di delega (allegare nel caso di delega alla firma a persona diversa dal Legale rappresentante).

Consapevole di rendere tutte le precedenti dichiarazioni ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, e di essere consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, ai sensi dell’articolo 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

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

Il Legale Rappresentante o Soggetto delegato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_