



REGIONE LAZIO
Assessorato Formazione, Ricerca, Scuola e Università
Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione
Scuola e Università, Diritto allo Studio

“Piano di interventi finalizzati all’integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio – Assistenza Specialistica anno scolastico 2019-20”

ALLEGATO 2: MODELLI

MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO

MODELLO 02 a: DICHIARAZIONE

MODELLO 02 b: DICHIARAZIONE

MODELLO 03 b: DICHIARAZIONE

MODELLO 04: DICHIARAZIONE DATI POSIZIONI CONTRIBUTIVE

MODELLO 01: DOMANDA DI AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via

CAP

C.F.

Codice Settore/ Indirizzo di Studi

Meccanografico

In qualità di Dirigente Scolastico e/o Rappresentante legale rappresentante del soggetto proponente *(In caso di Istituti paritari indicare i dati dell’ente gestore e compilare anche il campo nome dell’istituto formativo, in caso di rete riportare i dati della Capofila.)*

Nome Soggetto *(Istituto scolastico o Ente gestore in caso di Istituti paritari)*

Istituto scolastico *(compilare solo nel caso di Istituti paritari)*

Codice
Meccanografico

Indirizzo di
studio

C. F

P. IVA

Con sede legale in

Via

CAP

In riferimento alla sovvenzione di cui all’Avviso pubblico “Interventi finalizzati all’integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio” di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.°

Del

CHIEDE

Che la Proposta di progetto avente per Titolo:

Venga ammessa a finanziamento.

Il/la sottoscritto/a dichiara che la documentazione richiesta è all’interno dell’allegato che è composto dai modelli (compilare e inserire solo quelli di proprio interesse):

MODELLO 02 a: DICHIARAZIONE

MODELLO 02 b: DICHIARAZIONE

MODELLO 03 b: DICHIARAZIONE

MODELLO 04: DICHIARAZIONE DATI POSIZIONI CONTRIBUTIVE

Ed è composta da un numero pagine compresa la presente pari a

MODELLO 02a: DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell’art.76 del DPR cit)

Deve essere compilata e sottoscritta **dal Dirigente Scolastico e/o Rappresentante legale del soggetto proponente** (In caso di Istituti paritari indicare i dati dell’ente gestore, in caso di rete riportare i dati della Capofila della rete).

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a Il

Residente in Via

CAP C.F.

In qualità di legale rappresentante del soggetto proponente (oppure capofila della Rete composta da)

Riportare qui sotto i dati del Proponente oppure, in caso di Rete riportare i dati del Capofila

Denominazione

C. F. P. IVA

Con sede legale in Via

CAP

Presentatore del progetto

A valere sull’Avviso Pubblico “Interventi finalizzati all’integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilità” di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.° Del

DICHIARA

((apporte, ai fini della corretta compilazione e validità della domanda, una croce all'interno della casella grigia a fianco di ciò che si intende dichiarare oppure specificare, laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente, apponendo N.A.))

- ☐ a) di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui all'Avviso pubblico sopra citato, nessuna esclusa, si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:_____;
- ☐ b) di aver preso visione delle Avviso pubblico per a.s. 2019-2020 della Regione Lazio relativamente agli **“Interventi finalizzati all’integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilità anno scolastico 2019-20”** pubblicato;
- ☐ c) **che tutti i destinatari inclusi nel progetto possiedono i requisiti di accesso richiesti dall’Avviso pubblico;**
- ☐ d) di aver individuato un docente referente del progetto così come indicato nell'allegato formulario;
- ☐ e) di aver provveduto a mettere a conoscenza dell'avviso pubblico e del progetto presentato tutti docenti, il DSGA e i collaboratori scolastici;
- ☐ f) che il progetto presentato sarà inserito nel Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto Scolastico;
- ☐ g) **di avere agli atti comunicazione esibita alle famiglie in cui si rende noto il progetto di integrazione e che la documentazione è accessibile all’Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell’attivazione del servizio di assistenza specialistica;**
- ☐ h) di avere acquisito agli atti il consenso degli interessati al trattamento dei loro dati personali e a fornire adeguata informativa a norma dell’art. 13 del Regolamento. In tale informativa dovrà essere rappresentato all’interessato che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente e comunicati per trasmissione alla Regione Lazio Per tale finalità i dati saranno conservati nel Sistema Informativo Sigem per il tempo necessario alla conclusione e all’espletamento degli obblighi previsti dal progetto, saranno poi conservati agli atti in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa;
- ☐ i) che, qualora venga indetta una procedura di gara ad evidenza pubblica per il reperimento di personale specializzato o ente gestore, l’Istituto farà chiaro riferimento al finanziamento a valere sul bilancio regionale capitolo F11919 e al progetto presentato per la richiesta di finanziamento;
- ☐ j) di individuare per l’a.s. 2019-2020 tra il personale ATA, il/i collaboratore/i con funzioni aggiuntive relative al prestare ausilio agli alunni portatori di handicap nell’accesso dalle aree esterne alle aree interne della struttura scolastica, nonché nell’uso dei servizi igienici e nella cura dell’igiene personale (Circolare Ministeriale - Ministero della Pubblica Istruzione - 30 novembre 2001, n. 3390) e di richiedere agli enti preposti il relativo adeguamento degli organici per le effettive esigenze della scuola;
- ☐ k) di garantire una programmazione e distribuzione delle ore relative agli interventi, in coerenza con gli obiettivi stabiliti nel progetto e nei PEI dei singoli alunni;
- ☐ l) di garantire che i fondi destinati all’assistenza specialistica verranno utilizzati per l’esclusiva retribuzione degli operatori specialistici;
- ☐ m) di garantire e vigilare sul rispetto della normativa che regola i tempi in merito all’invio della documentazione e relativa rendicontazione alla Regione Lazio, nonché sui tempi di retribuzione degli operatori ed enti gestori;
- ☐ n) che gli operatori individuati ai fini della realizzazione del progetto sono in possesso dei requisiti formativi e professionali adeguati a realizzare interventi di natura specialistica congrui rispetto agli obiettivi del progetto;
- ☐ o) di osservare la massima riservatezza nei confronti delle notizie di qualsiasi natura comunque acquisite nello svolgimento

 delle attività oggetto di finanziamento;

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 e s.m. i. cui si fa opportuno rimando.

Data

IL Legale Rappresentante¹

¹ Allegare fotocopia del documento di riconoscimento – Firmare digitalmente

MODELLO 02b: DICHIARAZIONE²

(ai sensi dell’art 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell’art.76 del DPR cit)

Deve essere compilata e sottoscritta **dal Dirigente Scolastico e/o Rappresentante legale del soggetto proponente** (In caso di Istituti paritari indicare i dati dell’ente gestore, in caso di rete riportare i dati della Capofila della rete).

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via

CAP

C.F.

In qualità di legale rappresentante del soggetto proponente (oppure capofila della Rete composta da:.....)

Riportare qui sotto i dati del Proponente oppure, in caso di Rete costituita o costituenda riportare i dati del Capofila

Denominazione

C. F

P. IVA

Con sede legale in

Via

CAP

Presentatore del progetto

A valere sull’Avviso Pubblico “Interventi finalizzati all’integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio” di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.°

Del

² Compilare solo da parte delle Istituzioni formative (non pubbliche).

DICHIARA

(apporte, **ai fini della corretta compilazione e validità della domanda**, una croce all’interno della casella grigia a fianco di ciò che si intende dichiarare oppure specificare, laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente, apponendo N.A.)

- ☐ a) che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445 ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci;
- ☐ b) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all’art. 10 della Legge 31 maggio 1965 n.° 575 (antimafia);
- ☐ c) di essere in regola con gli obblighi in materia di disciplina del lavoro dei disabili previsti dall’art. 17 della Legge n.° 68/99;
oppure
- ☐ d) di essere esente dagli obblighi derivanti dalla Legge n.° 68/99;
- ☐ e) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ☐ f) di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell’ultimo quinquennio;
- ☐ g) che tutte le informazioni contenute nei formulari di presentazione del progetto corrispondono al vero.

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

MODELLO 03b: DICHIARAZIONE³

(ai sensi dell’art 47 del DPR 28/12/2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi dell’art.76 del DPR cit)

Da **compilare solo nel caso di Rete**, dal Componente (non capofila) della Rete (replicare il modello per ogni Componente)

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a Il

Residente in Via-

CAP C.F.

In qualità di legale rappresentante del soggetto componente (non capofila) della Rete costituita o costituenda composta da

Riportare qui sotto i dati del soggetto componente (non capofila)

Denominazione

C. F P. IVA

Con sede legale in Via

CAP

Presentatore del progetto

A valere sull’Avviso Pubblico “Interventi finalizzati all’integrazione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio” di cui alla Determinazione Dirigenziale

n.° Del

DICHIARA

(apporte, ai fini della corretta compilazione e validità della domanda, una croce all’interno della casella grigia a fianco di ciò che si intende dichiarare oppure specificare, laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente, apponendo N.A.)

☐ a) che la presente vale come autocertificazione prodotta sotto la propria responsabilità ai sensi dell’art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445 ed essendo a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 dello stesso DPR 28/12/2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci;

☐ b) che non sussistono nei propri confronti cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all’art. 10 della Legge 31 maggio 1965 n.° 575 (antimafia);

³ Compilare solo da parte delle Istituzioni formative (non pubbliche).

- ☐ c) di essere in regola con gli obblighi in materia di disciplina del lavoro dei disabili previsti dall’art. 17 della Legge n.° 68/99;
oppure
- ☐ d) di essere esente dagli obblighi derivanti dalla Legge n.° 68/99;
- ☐ e) di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.

MODELLO 03: DICHIARAZIONE DATI POSIZIONI CONTRIBUTIVE⁴

Il/La sottoscritto/a			
Nato/a a		Il	
Residente in		Via	
CAP		C.F.	

in qualità di legale rappresentante del soggetto componente della Rete composta da

Riportare qui sotto i dati del soggetto componente

Denominazione			
C. F.		P. IVA	
Con sede legale in		Via	
CAP			

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 28/12/2000, n. 445

RAGIONE/DENOMINAZIONE SOCIALE

CCNL APPLICATO

DATI INAIL

Codice del soggetto proponente_____

Posizione/i Assicurativa/e territoriale/i_____

⁴ Compilare solo da parte delle Istituzioni formative (non pubbliche).

sede Competente _____

DATI INPS

Matricola del soggetto proponente _____

Codice sede INPS _____

Altre Casse

Codice del soggetto proponente _____

sede Competente _____

Data

Timbro e firma del legale rappresentante

Il/la sottoscritto/a rilascia autorizzazione al trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento (UE) Privacy 679/2016 cui si fa opportuno rimando.