



**REGIONE LAZIO**

**Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito**

**DIREZIONE REGIONALE ISTRUZIONE, FORMAZIONE E POLITICHE PER  
L'OCCUPAZIONE**

Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica, anche attraverso la Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.), in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva, uditiva e nella comprensione e produzione del linguaggio per l'anno scolastico 2023-2024

**Allegato 2 -Domanda di Ammissione anno scolastico 2023-2024**

## ALLEGATO 2 - DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO SCOLASTICO 2023/24

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a

Il

Residente in

Via

CAP

C.F.

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

Codice Fiscale

In riferimento alle

*“Linee di indirizzo per la realizzazione dell'integrazione scolastica, anche attraverso la Comunicazione Aumentativa Alternativa (C.A.A.), in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva, uditiva e nella comprensione e produzione del linguaggio per l'anno scolastico 2023-2024”*

di cui alla Determinazione Dirigenziale

N.

Del

### CHIEDE

Venga ammesso a finanziamento la richiesta di assistenza sensoriale Visiva, Uditiva e C.A.A. il relativo progetto per gli allievi come da “Allegato 4 Anagrafica degli allievi”, parte integrante della presente domanda, a cui si rimanda.

Il/La sottoscritto/a

A TAL FINE

*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.*

DICHIARA

**(N.B: Ai fini della corretta compilazione e validità della domanda apporre segno di spunta su ciò che si dichiara oppure apporre la dicitura N.A laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente)**

- A) di accettare che tutte le comunicazioni riguardanti la procedura di cui alle linee guida sopra citate, nessuna esclusa, avvengano **esclusivamente a mezzo PEC in modalità riservata** e si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se trasmesse al seguente indirizzo di posta elettronica certificata P.E.C.: \_\_\_\_\_;

- B) di aver preso visione delle Linee di indirizzo e suoi allegati per la realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale visiva e uditiva e nella comprensione e produzione del linguaggio con necessità di CAA anno scolastico 2023-2024 della Regione Lazio pubblicate sul sito proprio istituzionale;
- C) **d'aver preso visione dell'Allegato 10 Informativa Privacy** (N.B\*per poter avere il servizio è obbligatorio apporre il segno di spunta);
- D) d'aver rappresentato alla famiglia o all'interessato se maggiorenne che i suoi dati personali saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente e secondo l'Informativa Privacy di cui sopra. Inoltre, d'aver acquisito il consenso dei genitori al trattamento dati e che le certificazioni sanitarie sono accessibili all'Amministrazione della Regione Lazio ai fini dell'attivazione dei servizi di assistenza richiesti.
- E) **di allegare alla presente l'Allegato 8 "Nomina Responsabile del Trattamento" debitamente compilato e firmato digitalmente;**
- F) che tutti i destinatari inclusi nel progetto possiedono i requisiti di accesso richiesti dalle suddette Linee di indirizzo e che tutta la documentazione richiesta dalle linee di indirizzo sia quella Amministrativa generale, sia la documentazione Medica di ogni singolo allievo, è trasmessa in allegato alla presente domanda.;
- G) che il Verbale di accertamento handicap L.104 /invalidità civile è in corso di validità<sup>1</sup> ed è presente agli atti dell'istituzione richiedente;
- H) di aver individuato un docente referente del progetto così come indicato nell'allegato formulario;
- I) di aver provveduto a mettere a conoscenza delle linee di indirizzo e del progetto presentato tutti docenti, il DSGA e i collaboratori scolastici;
- L) che il progetto presentato sarà inserito nel Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto Scolastico;
- M) di avere reso noto alla famiglia dell'allievo beneficiario il progetto di integrazione assistenza sensoriale e C.A.A nonché l'informativa sulla privacy delle linee di indirizzo;
- N) di aver richiesto gli insegnanti di sostegno di diritto e il relativo adeguamento degli organici di fatto per le effettive esigenze della scuola;
- O) di individuare per l'a.s. 2023-2024 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;
- P) di garantire una programmazione e distribuzione delle ore relative agli interventi, in relazione agli obiettivi stabiliti;
- Q) di garantire che i fondi destinati all'assistenza verranno utilizzati per l'esclusiva retribuzione degli operatori, pertanto, tutto il personale in servizio presso la scuola, a vario titolo coinvolto nel progetto di

<sup>1</sup> in caso di certificazione L.104/ in fase di rinnovo l'Istituzione Scolastica formativa dovrà acquisire la dichiarazione del genitore che attesta l'avvenuto avvio di tale procedura.

integrazione, non potrà essere in alcun modo retribuito con tali fondi;

- R) di garantire e vigilare sul rispetto della normativa che regola i tempi in merito all'avvio attività ed all'invio della documentazione e relativa rendicontazione alla Regione Lazio, nonché sui tempi e sui costi di retribuzione degli operatori ed enti gestori;
- S) dichiara di conoscere tutta la normativa nazionale e regionale che regola tale attività e si impegna a rispettarla integralmente;
- T) che gli operatori individuati ai fini della realizzazione del progetto sono in possesso di **requisiti formativi e professionali adeguati a realizzare l'intervento di assistenza** e congrui rispetto agli obiettivi dello stesso;
- U) di osservare la massima riservatezza nei confronti delle notizie di qualsiasi natura comunque acquisite nello svolgimento delle attività oggetto di finanziamento;
- V) che tutte le informazioni contenute nei formulari di presentazione del progetto corrispondono al vero

#### Da compilare da parte delle Istituzioni Scolastiche/Formative non pubbliche

DICHIARA Altresì

*(N.B: Ai fini della corretta compilazione e validità della domanda apporre segno di spunta su ciò che si dichiara oppure apporre la dicitura N.A laddove la voce non è applicabile al soggetto proponente)*

- A. di essere in regola con quanto previsto dal Decreto Legislativo 6 settembre 2011, n. 159 Codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, nonché nuove disposizioni in materia di documentazione antimafia, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 13 agosto 2010, n. 136;
- B. 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;
- C. che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A;

#### **In riferimento agli obblighi previsti dalla legge 68/99 in materia di inserimento al lavoro dei disabili**

- D. 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**

- E. di **essere esente** dagli obblighi derivanti dalla Legge n.° 68/99

Specificare: \_\_\_\_\_;

- F. di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS\_ matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

INAIL matricola \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

ALTRE CASSE:

■ Codice del soggetto richiedente\_      sede Competente \_\_\_\_\_

■ G. di rispettare i CCNL e gli accordi territoriali di riferimento in materia di trattamenti retributivi.

*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

Firma digitale del dirigente/Legale  
Rappresentante