



## ALLEGATO 1

## DOMANDA DI AMMISSIONE CAA ANNO SCOLASTICO 2024/25

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a ..... (Prov. ....) il .....

Residente in ..... Via .....

CAP ..... C.F. ....

In qualità di Dirigente Scolastico / Legale Rappresentante

Nome Soggetto (Istituto Scolastico o Ente gestore) .....

Istituto Scolastico (compilare solo se Istituto paritario) .....

Codice Meccanografico/Codice Fiscale .....Indirizzo di Studio .....

## CHIEDE

Che venga ammessa a finanziamento la richiesta di assistenza CAA ed il relativo progetto per le alunne e gli alunni come da ALLEGATO 2 "Progetto di inclusione della scuola", parte integrante della presente domanda, a cui si rimanda.

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., il/la sottoscritto/a

## 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 di Indirizzo avvengano esclusivamente a mezzo PEC Riservata e si intenderanno a tutti gli effetti di legge validamente inviate e ricevute se risulti ricevuta di avvenuta consegna con esito positivo della PEC del Municipio di riferimento.
- B) di aver preso visione delle Linee di Indirizzo e dei suoi allegati per la realizzazione dell'inclusione scolastica in favore delle alunne e degli alunni con disabilità nella comprensione e produzione del linguaggio con necessità di CAA per l'anno scolastico 2024-2025

- C) d'aver preso visione dell'ALLEGATO 5 Informativa Privacy, parte integrante delle Linee di Indirizzo
- D) d'aver rappresentato alla famiglia 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 di Roma Capitale ai fini dell'attivazione del servizio di assistenza richiesto
- E) di allegare alla presente l'ALLEGATO 7 "Nomina Responsabile del Trattamento" debitamente compilato e firmato digitalmente
- F) che tutti i destinatari inclusi nel progetto di cui all'ALLEGATO 2 possiedono i requisiti di accesso richiesti dalle Linee di Indirizzo e che tutta la documentazione richiesta, sia quella amministrativa che medica di ogni singola/o alunna/o, è trasmessa in allegato alla presente domanda
- G) di aver individuato un docente referente del progetto così come indicato nell'ALLEGATO 2
- H) di aver provveduto a mettere a conoscenza delle Linee di Indirizzo e del progetto di inclusione della scuola tutti i docenti, il DSGA e i collaboratori scolastici
- I) che il progetto di inclusione della scuola presentato sarà inserito nel Piano dell'Offerta Formativa dell'Istituto Scolastico
- L) di avere reso noto alla famiglia il progetto di inclusione CAA nonché l'informativa sulla privacy
- M) di garantire una programmazione e distribuzione delle ore relative agli interventi in relazione agli obiettivi stabiliti
- N) di garantire che i fondi destinati al servizio di CAA verranno utilizzati per l'esclusiva retribuzione degli operatori; pertanto, tutto il personale in servizio presso la scuola, a vario titolo coinvolto nel progetto di inclusione, non potrà essere in alcun modo retribuito con tali fondi
- O) di garantire e vigilare sul rispetto della normativa che regola i tempi in merito all'avvio dell'attività ed all'invio della documentazione e relativa rendicontazione a Roma Capitale, nonché sui tempi e sui costi di retribuzione degli operatori ed enti gestori
- P) dichiara di conoscere tutta la normativa nazionale e regionale che regola tale attività e si impegna a rispettarla integralmente
- Q) 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
- R) di osservare la massima riservatezza nei confronti delle notizie di qualsiasi natura comunque acquisite nello svolgimento delle attività oggetto di finanziamento
- S) che tutte le informazioni contenute nella presentazione del progetto corrispondono al vero

Data .....

**Firma Digitale del Dirigente Scolastico/Legale Rappresentante**

.....

**Sezione da compilare a cura delle Istituzioni Scolastiche non pubbliche**

DICHIARA ALTRESI'

***(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 \_\_\_\_\_

- 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 Legale Rappresentante**

.....