



Amministrazione Destinataria

CITTÁ METROPOLITANA DI CATANIA

I° Dipartimento III° Servizio

”Politiche Sociali e del Lavoro, Politiche Culturali e del Turismo ”

Istanza iscrizione all’Albo Provinciale di accreditamento degli assistenti didattici integrativi per il sostegno a persona con disabilità sensoriale

Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà

(art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 – art. 15 legge n. 18/2001)

Il/La sottoscritt _____ nato a _____ il
_____ residente in _____ via
_____ n° _____ Domiciliato _____
in _____ Via _____ n° _____
Tel. _____ PEC _____:

CHIEDE

di essere iscritt.. all’Albo Provinciale di accreditamento degli assistenti didattici integrativi per gli studenti con disabilità sensoriale:

- **uditiva;**
- **visiva .**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti (art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio:
 - diploma di maturità _____
conseguito presso _____ in
data _____;
 - diploma di laurea _____
conseguito presso _____
in data _____;
 - ulteriore titolo di studio _____
conseguito presso _____
in data _____.

- di essere in possesso di uno o più dei seguenti attestati di qualificazione per l'assistenza a studenti con disabilità uditiva:

- Profilo regionale di assistenza all'autonomia e alla comunicazione dei disabili ai sensi del D.A. dell'Istruzione e Formazione Professionale n. 5630 del 19/07/2017 conseguito presso _____ in data _____;
- Titolo professionale di assistente alla comunicazione o altra qualifica professionale inerente la LIS (ottenuta previo superamento di corsi professionali specifici di almeno 900 ore) conseguito presso _____ in data _____;
- Titolo professionale di Assistente alla Comunicazione ottenuto previo superamento di corsi professionali finanziati ed autorizzati dalla Regione Sicilia per l'anno formativo 2013/2014 conseguito presso _____ in data _____;
- Qualifica professionale conseguita attraverso il superamento di corsi inerenti la LIS organizzati dall'E.N.S. precedenti al 2005 conseguito presso _____ in data _____.

- di essere in possesso di uno o più dei seguenti attestati di qualificazione per l'assistenza a studenti con disabilità visiva:

- Profilo regionale di assistenza all'autonomia e alla comunicazione dei disabili ai sensi del D.A. dell'Istruzione e Formazione Professionale n. 5630 del 19/07/2017 conseguito presso _____ in data _____;
- Diploma di "Tecnico qualificato per l'orientamento, l'educazione per il sostegno a soggetti con disabilità visiva" (900 ore) conseguito presso _____ in data _____;
- Attestato di "Istruttore qualificato per l'orientamento e mobilità" conseguito presso _____ in data _____;
- Attestato di "Educatore Tiflogico" e titoli equipollenti conseguito presso _____ in data _____;
- Attestato di "Istruttore Tifloinformatico" con titolo rilasciato dall'Istituto per la Ricerca, la Formazione e la Riabilitazione (I.RI.FO.R), conseguito presso _____ in data _____.

- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti in corso;
- di non essere dipendenti pubblici;
- di essere a conoscenza, che per iniziare il servizio, qualora si venga scelti, si ha l'obbligo di essere in possesso di partita IVA, indicando il regime fiscale adottato, ed inoltre si ha l'obbligo di iscrizione alla gestione separata INPS e di essere in possesso di indirizzi di posta certificata.

Si Impegna

- **A comunicare tempestivamente ogni eventuale e successiva modifica a quanto dichiarato nelle presente istanza;**
- **di motivare per iscritto l'eventuale rifiuto alla proposta di svolgere il servizio da parte del genitore di un assistito, consapevole che la mancata disponibilità potrà comportare la cancellazione dall'elenco degli operatori, laddove l'Ente non dovesse ritenere sufficienti le motivazioni addotte.**

Alla presente allega la seguente documentazione in formato PDF:

- 1** Fotocopia del documento di riconoscimento e codice fiscale;
- 2** Piano di studi dell'attestato ASACOM
- 3** Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13/14 del Reg. UE 679/2016 e del D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii (D.lgs. 101/2018).(Categoria Fornitori)

Data_____

Firma_____