PROT.

(spazio riservato agli uffici regionali)

 Marca da bollo

(salvo i casi di esenzione da indicare)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INTERVENTI PER LA SCUOLA IN OSPEDALE E L’ISTRUZIONE A DOMICILIO DA ATTUARSI PREVIA STIPULA DI CONVENZIONE**  **(articolo 15 bis della LR 13/2018)** |  | Direzione centrale lavoro, formazione,  istruzione e famiglia  Servizio istruzione, orientamento e diritto allo studio  *da inviare al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:*  [lavoro@certregione.fvg.it](mailto:lavoro@certregione.fvg.it) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEZIONE A** | | | | | |
| **Dati anagrafici del sottoscrittore** | | | | | |
| La/Il sottoscritta/o  (nome e cognome) | | |  | | |
| Nata/o a il | |  | | | |
| In qualità di | | * dirigente dell’Istituto scolastico * legale rappresentante dell’Ente gestore * soggetto munito di mandato e potere di firma diverso dal dirigente scolastico o dal legale rappresentante | | | |
| **Dati dell’Istituzione Scolastica singola o capofila di rete** | | | | | |
| Denominazione | |  | | | |
| Tipologia Istituto | | * Istituto scolastico statale * Istituto scolastico paritario | | | |
| Codice fiscale | |  | | | |
| Via e numero civico | |  | | | |
| Località/frazione | |  | | | |
| Comune e CAP | |  | | | |
| Telefono | |  | | | |
| PEC | |  | | | |
| e-mail | |  | | | |
| **Dati dell’Ente gestore**  (solo per le scuole paritarie) | | | | | |
| Denominazione | |  | | | |
| Codice fiscale | |  | | | |
| Via e numero civico | |  | | | |
| Località/frazione | |  | | | |
| Comune e CAP | |  | | | |
| Provincia | |  | | | |
| Telefono | |  | | | |
| e-mail | |  | | | |
| **Nel caso di domanda presentata da RETE DI SCUOLE indicare la composizione:** | | | | | |
| **Componenti** *(autonomie scolastiche interessate)*  *(minimo tre)* | | | **AA.SS. 2025/2026 e 2026/2027**  **Denominazione e indirizzo (Via, n°, Comune)** | | |
| Istituto scolastico Capofila | | |  | | |
| Istituto scolastico Partner | | |  | | |
| Istituto scolastico Partner | | |  | | |
| Istituto scolastico Partner | | |  | | |
| Istituto scolastico Partner | | |  | | |
| Istituto scolastico Partner | | |  | | |
| *(aggiungere righe se necessario)* | | | | | |
| **Accordo di rete stipulato ai sensi dell’art. 7 del DPR n. 275/1999 o dell’articolo 1, comma 70, della L. 107/2015 in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***Attenzione: ai sensi dell’articolo 15, comma 2 bis, della legge 241/1990 gli accordi tra pubbliche amministrazioni devono essere sottoscritti digitalmente, pena la nullità degli stessi*** | | | | | |
| **(EVENTUALI)** **ALTRI SOGGETTI PUBBLICI****E PRIVATI****che partecipano alla realizzazione del progetto con adeguate esperienze nel settore** | | | | | |
| Denominazione Ente | | | | | *Estremi dichiarazione di accettazione della collaborazione (data e protocollo)* |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| *(aggiungere righe se necessario)* | | | | |  |
| **Dichiarazione posizione fiscale**  (solo per l’Ente gestore delle istituzioni scolastiche paritarie capofila della rete) | | | | | |
| Dichiara che  Ai fini fiscali (*barrare l’opzione di interesse*)   * l’ente rappresentato **è ente non commerciale** e l’attività oggetto del contributo **NON è** **svolta** nell’ambito dell’esercizio d’impresa o comunque non produce reddito di natura commerciale * l’ente rappresentato è **ente non commerciale** e l’attività oggetto del contributo **è svolta** nell’ambito dell’esercizio d’impresa o comunque produce reddito di natura commerciale. * l’ente rappresentato è **ente commerciale**   (*barrare l’opzione di interesse*)   * **NON SI APPLICA** la ritenuta fiscale d’acconto prevista dal secondo comma dell’articolo 28 del D.P.R. n. 600/1973. * **SI APPLICA** la ritenuta fiscale d’acconto prevista dal secondo comma dell’art. 28 del D.P.R. n. 600/1973. | | | | | |
| **Dichiarazione imposta di bollo**  (solo per l’Ente gestore delle istituzioni scolastiche paritarie capofila della rete) | | | | | |
| dichiara  di aver assolto al pagamento dell’imposta di bollo sulla presente istanza mediante  modello f23 allegato in copia all’istanza  nel caso di istanza inviata a mezzo PEC previa scansione della stessa, apposizione della marca da bollo adesiva pari ad **euro 16,00 (sedici)** annullata sul frontespizio dell’originale cartaceo e utilizzata esclusivamente per la presente domanda di contributo; in tal caso:   * l’identificativo della marca da bollo è il numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   la data di emissione della marca è la seguente (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_  che l’Ente rappresentato è esente dal pagamento dell’imposta di bollo (indicare la norma che prevede l’esenzione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **ISTITUTO BANCARIO/POSTALE PER L’ACCREDITAMENTO E COORDINATE CONTO CORRENTE (Ente gestore capofila della rete)** | | | | | |
| Istituto bancario | | | | Comune | |
| ***codice IBAN*** *(riempire*  *tutte le caselle)* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Cod. paese | | Cod. controllo | | CIN | ABI | | | | | CAB | | | | | N° conto corrente | | | | | | | | | | | | | I | T |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| **CONTO DI TESORERIA UNICA (solo per i soggetti titolari)** | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **CHIEDE**  **ai sensi dell’articolo 15 bis della legge regionale 13/2018**  **di stipulare una convenzione con l’Amministrazione regionale, l’Agenzia regionale per il diritto allo studio (ARDIS) e con l’Ufficio scolastico regionale per il Friuli Venezia Giulia**  **per la realizzazione del seguente progetto** | | | | | |
| **TITOLO DEL PROGETTO** | | | | | |
|  | | | | | |
| **del costo complessivo di**:  € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEZIONE B** | | |
| **TIPOLOGIA DI INTERVENTI** | | |
| * **Sviluppo di modelli innovativi di intervento a sostegno della didattica** * **Sviluppo di modelli innovativi di intervento a sostegno della formazione degli insegnanti e degli operatori** * **Realizzazione di servizi di accoglienza a favore dei bambini e degli alunni ricoverati nelle strutture ospedaliere e nel proprio domicilio e di servizi educativi a favore di eventuali fratelli o sorelle cui sia impedita la frequenza scolastica a tutela del famigliare malato** | | |
| **SEZIONE C** | | |
| **DESCRIZIONE DEL PROGETTO** | | |
| **Finalità e obiettivi del progetto** |  | |
| **Risultati attesi** |  | |
| **Descrizione del progetto** |  | |
| **Descrizione delle azioni di carattere trasversale funzionali alla realizzazione e allo sviluppo degli interventi** |  | |
| **Descrizione delle fasi progettuali e cronoprogramma** *(gli interventi si effettuano negli anni scolastici 2025/2026 e 2026/2027)* |  | |
| **Descrizione ruolo di eventuali altri soggetti pubblici e privati che partecipano alla realizzazione degli interventi** *(Specificare il ruolo e i compiti di ciascun partner)* |  | |
| **Numero di alunni coinvolti negli interventi** | Scuola dell’infanzia: n. \_\_\_\_\_\_\_\_  Scuola primaria: n. \_\_\_\_\_\_\_\_  Scuola secondaria di I grado: n. \_\_\_\_\_\_\_\_  Scuola secondaria di II grado: n. \_\_\_\_\_\_\_\_  **TOTALE n.** \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | |
| **SEZIONE D** | | |
| 1. **COSTO COMPLESSIVO PREVISTO DEL PROGETTO** | | |
| 1. ore aggiuntive del personale scolastico, docente e di segreteria impiegato nella realizzazione delle attività | | € |
| 1. spese per acquisizione di servizi di consulenza e di esperti esterni | | € |
| 1. acquisizione di altri servizi | | € |
| 1. noleggio di strumenti, attrezzature e materiali | | € |
| 1. acquisto di materiale didattico e di facile consumo | | € |
| 1. acquisto di piccoli strumenti e attrezzature purché entro il limite di 800,00 euro | | € |
| 1. spese relative all’organizzazione di iniziative divulgative e di altri eventi | | € |
| **COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO** | | € |
|  | | |
| 1. **EVENTUALE COFINANZIAMENTO DEL SOGGETTO PROPONENTE** | | |
|  | |  |
| 1. Eventuale cofinanziamento del soggetto proponente | | Sì 🞏 NO 🞏 |
| Il cofinanziamento è rappresentato da:  *(barrare l’eventuale voce interessata)*   * **Apporto finanziario** * **Apporto in natura** *(descrivere le attività svolte. A titolo esemplificativo: prestazioni aggiuntive del personale interno impiegato nella realizzazione dell’iniziativa; messa a disposizione gratuita di strumenti, attrezzature; produzione, stampa e divulgazione a titolo gratuito di materiale informativo e didattico per la realizzazione del progetto)* | |  |
|  | |  |

|  |
| --- |
| ***SEZIONE E*** |
| ***ALLEGATI***  *Allega alla presente:* |
| * *Copia dei documenti comprovante il mandato e potere di firma del sottoscrittore (in caso di firma da parte di un soggetto diverso dal dirigente scolastico o dal legale rappresentante dell’istituzione scolastica paritaria)* * *Fotocopia della carta d’identità in corso di validità o altro valido documento di riconoscimento del dirigente scolastico o del legale rappresentante ovvero del soggetto munito dei poteri di firma (Nei casi in cui la domanda non sia sottoscritta digitalmente)* * *Copia dell’Accordo di rete sottoscritto in data antecedente alla data della domanda* * *Dichiarazione di accettazione della collaborazione da parte degli altri soggetti pubblici o privati* |

##### DICHIARA

sotto la propria responsabilità che tutte le informazioni fornite nel presente modello di domanda corrispondono al vero (articolo 47 del D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto previsto dal Regolamento 2016/679/UE – GDPR pubblicato sul sito istituzionale della Regione alla pagina

[Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Interventi per la scuola in ospedale e l’istruzione a domicilio](https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFVG/istruzione-ricerca/regione-per-scuole/FOGLIA231/)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| *Luogo e data* |  |  | *Firma leggibile del legale rappresentante o del soggetto munito dei poteri di firma*  *dell’Istituto scolastico o dell’ente gestore dell’Istituto scolastico o firma digitale* |