



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

Direzione Generale della Pubblica Istruzione
Servizio Politiche Scolastiche

POR FSE 2014/2020

AZIONE 10.1.1 "INTERVENTI DI SOSTEGNO AGLI STUDENTI CARATTERIZZATI DA PARTICOLARI FRAGILITÀ, TRA CUI ANCHE PERSONE CON DISABILITÀ (AZIONI DI TUTORING E MENTORING, ATTIVITÀ DI SOSTEGNO DIDATTICO E DI COUNSELLING, ATTIVITÀ INTEGRATIVE, INCLUSE QUELLE SPORTIVE, IN ORARIO EXTRA SCOLASTICO, AZIONI RIVOLTE ALLE FAMIGLIE DI APPARTENENZA, ECC"

AZIONE 10.2.2 "AZIONI DI INTEGRAZIONE E POTENZIAMENTO DELLE AREE DISCIPLINARI DI BASE"

LEGGE REGIONALE 3 LUGLIO 2018, N. 22
DISCIPLINA DELLA POLITICA LINGUISTICA REGIONALE

Programma Tutti a Iscol@

AVVISO PUBBLICO "(SI TORNA) TUTTI A ISCOLA" ANNO SCOLASTICO 2020/2021

ALLEGATO 1A – LINEA ASCOLTOeSUPPORTO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER BENEFICIARIO SINGOLO

Al fine di garantire maggiore celerità nella compilazione della domanda di partecipazione attraverso l'interfaccia online del SIL, si consiglia un'attenta lettura del presente facsimile che contiene le informazioni che, indicativamente, andranno successivamente imputate nei form online della domanda di partecipazione.

Si precisa che il presente modulo è reso disponibile al solo fine di semplificare la predisposizione della domanda online e che pertanto non ha alcun valore ai fini della presentazione del dossier di candidatura che va presentato esclusivamente secondo le modalità indicate nell'Avviso.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

ALLEGATO 1A - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER BENEFICIARIO SINGOLO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Dati identificativi del Rappresentante Legale/ Procuratore speciale del Soggetto proponente

COGNOME	< Cognome dichiarante >
NOME	< Nome dichiarante >
CODICE FISCALE	<CF dichiarante>
IN QUALITA' DI (specificare)	<input type="checkbox"/> Legale rappresentante <input type="checkbox"/> Procuratore speciale del legale rappresentante (procura n. <N. di procura> del <Data di procura> <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
DATA DI NASCITA	< Data di nascita del dichiarante >
PROVINCIA DI NASCITA	< Provincia di nascita del dichiarante >
COMUNE DI NASCITA	< Comune di nascita del dichiarante >
SESSO	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
TELEFONO O CELLULARE	< Tel del dichiarante >
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	< E-mail del dichiarante >

Dati identificativi del Soggetto proponente

DENOMINAZIONE	<Denominazione Soggetto proponente>
CODICE FISCALE	<CF Soggetto proponente>
PARTITA IVA	<Partita Iva Soggetto proponente>
CODICE MECCANOGRAFICO[A1]	<Denominazione Soggetto proponente>
TIPOLOGIA COMPONENTE	<input type="checkbox"/> Autonomia scolastica statale <input type="checkbox"/> Scuola non statale paritaria
GRADO DI SCUOLA[A2]	<input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Primo Grado <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Secondo Grado

Dati identificativi della sede legale

PROVINCIA SEDE LEGALE	< Provincia sede legale >
COMUNE SEDE LEGALE	< Comune sede legale >
INDIRIZZO SEDE LEGALE	< Indirizzo sede legale >

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X





**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

CAP SEDE LEGALE	< CAP sede legale >
------------------------	----------------------------------

Recapiti

TELEFONO	< Telefono Soggetto >
CELLULARE	<Cellulare Soggetto >
INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA	< Indirizzo posta elettronica Soggetto >
INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA (PEC)	< Indirizzo PEC Soggetto >
SITO WEB	<Indirizzo sito web>

Referente

NOME	< Nome del Referente >
COGNOME	< Cognome del Referente >
TELEFONO/CELLULARE	< Telefono del Referente >
EMAIL	< Indirizzo posta elettronica del Referente >

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali nell'ipotesi di dichiarazioni non veritiere ai sensi del D.P.R. 445/2000,

che il DDC è composto dai seguenti documenti e che la sua trasmissione avverrà nel pieno rispetto delle modalità specificate dall'Avviso

Il presente documento Allegato 1A – Domanda di partecipazione per beneficiario singolo	
Allegato 2A – Proposta Progettuale	[obbligatorio]
Ulteriore Allegato 1	Campo opzionale per allegare ulteriori documenti
Ulteriore Allegato 2	Campo opzionale per allegare ulteriori documenti
Ulteriore Allegato 3	Campo opzionale per allegare ulteriori documenti
Assolvimento pagamento e annullamento marca da bollo [A3]	
Esente ai sensi del art. 82, comma 5 del CTS	<SI/NO>
L'imposta da bollo è stata assolta in modo virtuale?	<SI/NO>
Copia della ricevuta di versamento dell'imposta di bollo in relazione all'Avviso in oggetto	Valorizzato nel caso in cui L'imposta da bollo è stata assolta in modo virtuale? È stato popolato con SI
Allegato 7 –Annullamento marca da bollo	Valorizzato nel caso in cui L'imposta da bollo è stata assolta in modo virtuale? È stato popolato con NO

che la trasmissione del dossier di candidatura avverrà nel pieno rispetto delle modalità specificate dall'Avviso.

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

ASSESSORADU DE SU TRABALLU, FORMATZIONE PROFESSIONALE, COOPERATZIONE E SEGURÀNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DEL LAVORO, FORMAZIONE PROFESSIONALE, COOPERAZIONE E SICUREZZA SOCIALE

DICHIARA INOLTRE

NUMERO COMPLESSIVO STUDENTI DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA (Rif. EV1- EV2 – EV3)	< Numero studenti >
NUMERO STUDENTI RIPETENTI DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA (Rif. EV1)	<Numero studenti ripetenti>
NUMERO STUDENTI CON CITTADINANZA STRANIERA DELL'ISTITUZIONE SCOLASTICA (Rif. EV2)	< Numero studenti con cittadinanza straniera >
NUMERO STUDENTI CON DISABILITÀ E/O CON DSA (Rif. EV3)	< Numero studenti H o DSA >
NOTE	

CHIEDE

di partecipare all'Avviso (Si torna) Tutti a Iscola – Linea ASCOLTOeSUPPORTO in forma SINGOLA con la seguente proposta progettuale

TITOLO DELLA PROPOSTA PROGETTUALE	<Titolo della proposta progettuale>
SINTESI DELLA PROPOSTA PROGETTUALE	<Sintesi della proposta progettuale>
NUMERO STUDENTI CHE SI PREVEDE DI COINVOLGERE (minimo 17)	<Inserire numero N. destinatari>
IMPORTO DELLA SOVVENZIONE RICHIESTA	€ 19.200,00
NOTE	

Il dichiarante

(firmato digitalmente)

Documento firmato digitalmente in conformità alle disposizioni di cui al d.lgs. 7 marzo 2005 n.82, codice dell'amministrazione digitale I documenti sottoscritti mediante firma digitale costituiscono copia originale ad ogni effetto di legge ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii. Ai sensi del 1° comma dell'art. 45 del D.Lgs. 82/2005. I documenti trasmessi ad una pubblica amministrazione con qualsiasi mezzo telematico o informatico idoneo ad accertarne la fonte di provenienza, soddisfano il requisito della forma scritta e la loro trasmissione non deve essere seguita da quella del documento originale.

Codice DCT: <codice DCT>

Modello generato in data: <data generazione modello in GG/MM/AAAA>

Pagina X di X

