



**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 1B – LINEA DIDATTICA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER BENEFICIARIO IN RETE

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 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

ALLEGATO 1B - DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER BENEFICIARIO IN RAGGRUPPAMENTO

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	<Denominazione Soggetto proponente>
TIPOLOGIA COMPONENTE	<input type="checkbox"/> Autonomia scolastica statale <input type="checkbox"/> Scuola non statale paritaria
GRADO DI SCUOLA	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Primo Grado <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Secondo Grado
TIPOLOGIA DI ISTITUTO [Solo per Scuola Secondaria di Secondo Grado]	<input type="checkbox"/> Istituto Professionale <input type="checkbox"/> Istituto Tecnico <input type="checkbox"/> Istituti Misti <input type="checkbox"/> Licei

Dati identificativi della 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

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

Dati del componente relativi al raggruppamento

CAPOFILA	Per il capofila di default a SI e non modificabile
QUOTA FINANZIARIA IN EURO	< Quota in euro >

Dati identificativi del Rappresentante Legale/ Procuratore speciale del Soggetto proponente N

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 N

DENOMINAZIONE	< Denominazione Soggetto proponente >
---------------	---------------------------------------

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

CODICE FISCALE	<CF Soggetto proponente>
PARTITA IVA	<Partita Iva Soggetto proponente>
CODICE MECCANOGRAFICO	<Denominazione Soggetto proponente>
TIPOLOGIA COMPONENTE	<input type="checkbox"/> Autonomia scolastica statale <input type="checkbox"/> Scuola non statale paritaria
GRADO DI SCUOLA	<input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Primo Grado <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di Secondo Grado
TIPOLOGIA DI ISTITUTO	<input type="checkbox"/> Istituto Professionale <input type="checkbox"/> Istituto Tecnico <input type="checkbox"/> Istituti Misti <input type="checkbox"/> Licei

Dati identificativi della sede legale

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

Dati del componente relativi alla RETE SCOLASTICA

CAPOFILA	Per il capofila di default a SI e non modificabile
QUOTA FINANZIARIA IN EURO	< Quota in euro >

Riepilogo Componenti RETE SCOLASTICA

COMPONENTE	DENOMINAZIONE - CF	QUOTA FINANZIARIA
CAPOFILA	< Denominazione e CF del capofila >	< Quota finanziaria del capofila >
COMPONENTE N	< Denominazione e CF >	< Quota finanziaria >

Dati Rete Scolastica

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

Denominazione Rete scolastica	< Denominazione della Rete Scolastica >
-------------------------------	---

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 1B – Domanda di partecipazione per beneficiario in rete scolastica	
Allegato 2B – Proposta Progettuale	[obbligatorio]
Allegato 3 – Accordo di Rete tra le Istituzioni scolastiche	[obbligatorio]
Allegato 4 – Conto economico preventivo	[obbligatorio]
Scansione della procura (nel caso di dichiarante "Procuratore Speciale")	Da allegare a cura del Soggetto Proponente solo in caso di DCT con Dichiarante "Procuratore Speciale" (sia che si tratti di forma singola o di un qualsiasi componente del Raggruppamento)
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	
Esente ai sensi della normativa vigente	<SI/NO>
[Se sì] Specificare quale normativa	Campo testo
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

DICHIARA INOLTRE

Codice DCT: <codice DCT>

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

Pagina X di X



**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

NUMERO COMPLESSIVO STUDENTI DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE ADERENTI ALLA RETE (Rif. EV1- EV2 – EV3)	< Numero studenti >
NUMERO STUDENTI RIPETENTI DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE ADERENTI ALLA RETE (Rif. EV1)	<Numero studenti ripetenti>
NUMERO STUDENTI CON CITTADINANZA STRANIERA DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE ADERENTI ALLA RETE (Rif. EV2)	< Numero studenti con cittadinanza straniera >
NUMERO STUDENTI CON DISABILITÀ E/O CON DSA DELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE ADERENTI ALLA RETE (Rif. EV3)	< Numero studenti H o DSA >

CHIEDE

di partecipare all'Avviso (Si torna) Tutti a Iscola in forma ASSOCIATA 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 per ciascuna Istituzione Scolastica aderente alla Rete)	<Inserire numero N. destinatari>
A) IMPORTO COMPLESSIVO DELLA SOVVENZIONE RICHIESTA (€ 17.227,00 per ciascuna Istituzione Scolastica aderente alla Rete)	
B) IMPORTO DELLA SOVVENZIONE AGGIUNTIVA PER LA CAPOFILA (Massimo € 1.500,00)	
C) TOTALE SOVVENZIONE (A+B)	
NOTE	

Firma digitale del Dirigente Scolastico
dell'Autonomia scolastica Capofila

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

