

**ALLEGATO D**

**DICHIARAZIONE DI REGOLARE FUNZIONAMENTO DELLA SCUOLA SEC. 2° GRADO PARITARIA**

**ANNO SCOLASTICO 2021/22**

(LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE INVIATA ENTRO IL **30 SETTEMBRE 2021** - NEL CASO DI ENTI GESTORI DI PIU' SCUOLE DEVE ESSERE COMPILATO UN MODELLO PER OGNI SCUOLA)

**ANAGRAFICA DELLA SCUOLA**

DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA SEC. 2° GRADO \_\_\_\_\_

CODICE MECCANOGRAFICO DELLA SCUOLA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (via/numero civico/cap/comune/provincia) **DELLA SCUOLA** \_\_\_\_\_

TELEFONO \* \_\_\_\_\_ CELLULARE\* \_\_\_\_\_

E-MAIL\*:

PEO \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

(\* l'indicazione del recapito telefonico e dell'indirizzo di posta elettronica (PEO e PEC) è assolutamente obbligatoria)

Riconosciuta Paritaria a decorrere dal \_\_\_\_\_ con Decreto prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**ANAGRAFICA DELL'ENTE GESTORE**

**DENOMINAZIONE DELL'ENTE GESTORE** (indicare il nome della fondazione o della parrocchia o della congregazione religiosa o della cooperativa o della società che gestisce la scuola **nella precisa denominazione risultante al registro delle imprese o, per le ditte individuali, presso la Camera di Commercio**)

INDIRIZZO (via/numero civico/cap/comune/provincia) **DELL'ENTE GESTORE** \_\_\_\_\_

TELEFONO DELL'ENTE GESTORE \_\_\_\_\_

CODICE IBAN DELL'ENTE GESTORE: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE DELL'ENTE GESTORE \_\_\_\_\_

PARTITA IVA DELL'ENTE GESTORE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA A CUI INVIARE LE COMUNICAZIONI FISCALI: \_\_\_\_\_

SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' CON MODALITA' COMMERCIALE

SI ☐

NO ☐

**ANAGRAFICA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA (via/numero civico/cap/comune/provincia) \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

**ESTREMI DELLA PERSONA EVENTUALMENTE DELEGATA DAL LEGALE RAPPRESENTANTE A  
COMPIERE ATTI DI GESTIONE RELATIVI ALLA SCUOLA**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA (via/numero civico/cap/comune/provincia) \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

SI ALLEGA PROCURA ☐

**AI FINI DELLA VALIDITA' DELLA DELEGA DEVE ESSERE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGATA LA  
PROCURA CON L'INDICAZIONE DEL DELEGATO E FIRMA AUTENTICATA DEL DELEGANTE.**

**ANAGRAFICA DEL COORDINATORE DELLE ATTIVITA' DIDATTICHE ED EDUCATIVE**

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

CONSEGUITO PRESSO \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

ABILITAZIONE ALL'INSEGNAMENTO \_\_\_\_\_

CONSEGUITA PRESSO \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DEL CONTRATTO STIPULATO \_\_\_\_\_

**CALENDARIO SCOLASTICO**

DATA INIZIO ATTIVITA' DIDATTICHE \_\_\_\_\_ DATA TERMINE ATTIVITA' DIDATTICHE \_\_\_\_\_

CALENDARIO DELLE FESTIVITA' \_\_\_\_\_

CORSI FUNZIONANTI	
1°	
2°	
3°	
4°	

INDIRIZZI DI STUDIO	
1	
2	
3	

[illegible]

PIANO TRIENNALE DELL'OFFERTA FORMATIVA  
Approvato dal Consiglio d'Istituto con delibera n.

3

CLASSI E ALUNNI SCUOLA SEC. II GRADO \_\_\_\_\_

I corso

Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____

II corso

Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____

III corso

Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____

IV corso

Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____
Classe_____	n. alunni_____	di cui n._____ alunni disabili certificati	ore di lezione settimanali _____

**NUMERO TOTALE ALUNNI DISABILI CERTIFICATI** \_\_\_\_\_

Ai sensi del DPR 20 marzo 2009 n. 81 le classi di scuola secondaria di 2° grado non devono senza superare il numero di 30 alunni per classe.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, legale rappresentante dell'Ente gestore della scuola \_\_\_\_\_ C.M. \_\_\_\_\_, dichiara che i titoli di studio, sotto indicati, posseduti dal sottoelencato personale docente che presterà servizio, nell'a.s. 2021/22 nella scuola secondaria di 2° grado \_\_\_\_\_, sono comprensivi degli esami e dei crediti formativi prescritti dal DPR 14/02/2016 n. 19, come modificato dal D.M. 9/5/2017 n. 259, per l'insegnamento della materia assegnata, e che i dati sotto indicati sono esattamente corrispondenti al contenuto dei documenti ufficiali in possesso della scuola.

**ALLEGARE PER CIASCUN DOCENTE L'INCARICO DI ASSEGNAZIONE ALLA CLASSE**

Cognome e nome	Luogo e data nascita	Esatta denominazione Titolo di studio di accesso all'insegnamento prestato (*)	data e Università di conseguimento del titolo di studio	Abilitazione posseduta (*)	Materia di insegnamento	Monte ore settimanale	Tipologia contratto lavoro (**) di	Decorrenza e durata del contratto (***)	Contratto Collettivo di Lavoro applicato (****)

(\*) Indicare il bando del concorso (numero e data) precisando in quale provincia è stata conseguita e se per concorso ordinario o riservato.

(\*\*) Rapporto di lavoro a tempo indeterminato ovvero determinato in conformità ai contratti collettivi di lavoro nazionali di settore, prestazione volontarie o contratto di prestazione d'opera (nel limite di ¼ delle prestazioni complessive)

(\*\*\*) I contratti a tempo indeterminato, in quanto senza soluzione di continuità, non possono prevedere una durata temporanea

(\*\*\*\*) ad esempio: scuola, enti locali, ANINSEI ecc.

Firma del Legale rappresentante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATI RELATIVI AL PERSONALE NON DOCENTE IN SERVIZIO:**

Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Titolo di studio	Mansione svolta

In base all'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, il sottoscritto, \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante dell'Ente \_\_\_\_\_, gestore della scuola suindicata, consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni non veritiere e richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

**DICHIARA**

☐ Che i locali scolastici, ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, sono provvisti del certificato di agibilità rilasciato da Comune di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_.

**OVVERO**

☐ Che per i locali scolastici, ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, è stata presentata per via telematica, presso il Sistema Suape-Sardegna, in data \_\_\_\_\_, la segnalazione certificata di agibilità, e si attesta che successivamente all'invio della pratica di agibilità, tramite il portale SUAPE, non sono stati emessi dal Comune di \_\_\_\_\_, ovvero dagli altri Enti interessati nella verifica dei requisiti, avvisi di diniego, sospensione o richiesta di integrazione alla pratica suaccennata.

☐ Che i locali scolastici, ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, sono provvisti del C.P.I. (certificato di prevenzione incendi) rilasciato dal Comando dei Vigili del Fuoco di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, e che il predetto C.P.I. è stato aggiornato con la S.C.I.A. (segnalazione certificata di inizio attività) di controllo prevenzione incendi presentata in data \_\_\_\_\_, e che successivamente all'invio della SCIA, non sono stati emessi avvisi di diniego, sospensione o richiesta di integrazione alla pratica suaccennata.

**OVVERO**

☐ Che per i locali scolastici, ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, è stata presentata, in data \_\_\_\_\_ la S.C.I.A. (segnalazione certificata di inizio attività) di controllo prevenzione incendi e che successivamente all'invio della SCIA, non sono stati emessi avvisi di diniego, sospensione o richiesta di integrazione alla pratica suaccennata.

**OVVERO**

☐ Che i locali scolastici, ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, non sono provvisti del C.P.I. (certificato di prevenzione incendi) e non è stata presentata la S.C.I.A. (segnalazione certificata di inizio attività) di

controllo prevenzione incendi in quanto le presenze complessive di docenti, alunni, personale non docente, ed eventuali altre persone presenti nell'edificio scolastico, non sono superiori alle 100 unità, e non sono ubicati nell'edificio asili nido con oltre 30 persone presenti. Si dichiara altresì che sono rispettate tutte le norme di prevenzione incendi previste per gli edifici con presenze non superiori alle 100 unità, comprese quelle specificatamente indicate nel D.M. 26/8/92: norme di prevenzione incendi per l'edilizia scolastica.

☐ Che l'Ente gestore dell'Istituzione scolastica è in possesso di autorizzazione sanitaria per la preparazione e/o somministrazione di pasti e bevande, nei locali ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_.

**OVVERO**

☐ Che l'Ente gestore dell'Istituzione scolastica ha trasmesso in data \_\_\_\_\_ la notifica igienico sanitaria per la preparazione e/o somministrazione di pasti e bevande nei locali ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, e che successivamente all'inoltro non sono stati emessi dagli Enti interessati alla verifica dei requisiti, avvisi di diniego, sospensione o richiesta di integrazione alla pratica suaccennata.

**OVVERO**

☐ Che l'Istituzione scolastica non effettua l'attività di preparazione e/o somministrazione di pasti e bevande.

☐ Che sono stati nominati il Responsabile e gli addetti del Servizio di Prevenzione e Protezione e che i predetti sono idonei alla funzione avendo svolto le attività formative previste dalle norme vigenti, compreso i prescritti aggiornamenti.

**OVVERO**

☐ Che le funzioni del Servizio di prevenzione e protezione sono svolte direttamente dal datore di lavoro sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, il quale è in possesso di attestato di partecipazione al corso per datori di lavoro che svolgono direttamente le funzioni del Servizio di Prevenzione e Protezione, organizzato da \_\_\_\_\_, e svolto nei giorni \_\_\_\_\_, per complessive ore \_\_\_\_\_.

☐ Che è stata rilasciata da \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ dichiarazione di conformità dell'impianto elettrico dell'edificio ubicato nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_.

**OVVERO**

☐ Che non essendo stata prodotta o non essendo disponibile la dichiarazione di conformità è stata rilasciata da \_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_ dichiarazione di Rispondenza dell'impianto elettrico, presente nell'edificio ubicato nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_.

Che la verifica dell'impianto di messa a terra, presente nell'edificio ubicato nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ è stata effettuata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

**Che tutti i locali scolastici, ubicati nel comune di \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, utilizzati per lo svolgimento delle attività didattiche rispettano i parametri dimensionali previsti dal D.M. 18 dicembre 1975 – Norme tecniche relative all'edilizia scolastica. In particolare tutte le aule didattiche per le attività normali hanno una superficie sufficiente per rispettare il parametro di 1,96 m per ciascun alunno frequentante ciascuna classe attivata.**

**Che sono stati nominati gli addetti al servizio di prevenzione incendi e gli addetti al servizio di primo soccorso, e che entrambe le figure sono idonee alla funzione avendo svolto le attività formative previste, compreso, quando prescritte, le attività di aggiornamento.**

**Che i locali utilizzati per lo svolgimento delle attività didattiche sono conformi alle norme vigenti in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, e che sono stati redatti il documento di valutazione dei rischi, il piano di emergenza, con incluso il piano di evacuazione.**

**Che sono rigorosamente applicate tutte le disposizioni emanate in materia di prevenzione della diffusione dell'epidemia da COVID 19, e in particolare quelle previste per il funzionamento delle Istituzioni scolastiche.**

**Che la scuola possiede i requisiti richiesti dalla normativa vigente per il mantenimento della parità scolastica.**

**Che gli studenti frequentanti, non sono di età inferiore a quella prevista dai vigenti ordinamenti scolastici.**

**Che quanto riportato nella presente dichiarazione corrisponde al vero.**

Si allegano

- Documento d'identità del legale rappresentante;
- Incarico per il Coordinatore;
- Provvedimento datato e firmato dal Coordinatore delle attività educative e didattiche con la data di decorrenza dell'assegnazione di ciascun docente alla classe o alle classi per l'insegnamento della materia di competenza e per il numero di ore settimanali stabilito dall'ordinamento;
- Eventuale dichiarazione di servizio volontario gratuito a favore della scuola datata e sottoscritta dall'interessato;
- Orario settimanale delle lezioni.

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE \*

\_\_\_\_\_

**N.B. \* firmato digitalmente oppure sottoscritto e scansionato, unitamente all'allegato documento d'identità, in formato pdf con le seguenti caratteristiche: formato foglio A4 in bianco e nero,**

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO DELLA SCUOLA