CARTA INTESTATA ISTITUTO SCOLASTICO

**Regione Lazio**

**Direzione Istruzione, Formazione, Ricerca e Lavoro***Area Attuazione Interventi*

**Via R. Raimondi Garibaldi 7**

**00145 – Roma**

**attuazioneinterventiformazione@regione.lazio.legalmail.it**

**ALLEGATO 9 - RICHIESTA DI SALDO**

Oggetto: **Assistenza specialistica alunni con disabilità sensorialea.s.…………CUP………………, Scuola……………… Codice meccanografico…………………….C.F./P.I. ……………finanziato dalla regione Lazio.**

Con riferimento alla D.D. …. N …. del ………. (comunicazione prot……del…..) con la quale è stata assegnata a questa istituzione scolastica la somma di € ……………………….. per lo svolgimento dell'intervento di cui all'oggetto, considerato che l’importo complessivo ammesso è pari ad € ………………………………….

Si dichiara che la documentazione giustificativa delle spese è conservata agli atti di questo Istituto.

Si dichiara che i fondi destinati all’assistenza specialistica per alunni con disabilità sensoriale sono stati utilizzati per l’esclusiva retribuzione degli operatori specialistici, pertanto tutto il personale in servizio presso la scuola, a vario titolo coinvolto nel progetto di integrazione, non è stato ulteriormente retribuito con tali fondi.

Si prega pertanto di voler provvedere all'erogazione del saldo pari a € ……onde consentire a questa Istituzione scolastica di retribuire gli assistenti specializzati incaricati del servizio.

Si allega:

* Documento contabile fiscalmente idoneo, relativo all’importo da ricevere a titolo di saldo(Nota di debito istituzioni scolastiche pubbliche o Fattura elettronica fuori campo Iva art 2 comma 3 lett a D.P.R. 633/72 - mere movimentazioni finanziarie per le restati istituzioni formative).

TIMBRO E DATA Il Dirigente scolastico

(FIRMA)