**CARTA INTESTATA ISTITUTO SCOLASTICO**

**Regione Lazio**

**Direzione Regionale Istruzione, Formazione**

**e Politiche per l’Occupazione**

*Area Attuazione, Tutela della Fragilità e Punto di Contatto*

**Via R. Raimondi Garibaldi 7**

**00145 – Roma**

**tutelafragilita@pec.regione.lazio.it**

**ALLEGATO 16 - DOMANDA DI RIMBORSO FINALE**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETÀ

art. 47 del D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a ……………………… nato/a a ……………………… il ………… e residente in………………………………………………, in qualità di Dirigente Scolastico o di Rappresentante Legale (Istituti Paritari) dell’Istituto/Ente “…………………….……” Codice meccanografico ……………., Codice Fiscale n. ................. Partita I.V.A. n. ................... con sede legale in …………………………………………, in riferimento al progetto denominato progetto di “realizzazione dell'integrazione scolastica in favore

degli alunni con disabilità sensoriale uditiva per l'anno scolastico 2024-2025” **CUP ………………………,** istituito con Determinazione Dirigenziale N. G09192 del 09/07/2024 e finanziato con comunicazione[[1]](#footnote-1) Prot. N. ………. del ………. con la quale è stata assegnata a questa Istituzione Scolastica la somma complessiva di €………………………. per lo svolgimento dell'intervento di Assistenza volta a promuovere l'integrazione degli alunni con disabilità sensoriale uditiva per l'anno scolastico 2024-2025, di cui al progetto presentato ed approvato, comunica che l’attività ha avuto inizio il **../../....** ed ha avuto termine in data: **../../....**

**CHIEDE**

il riconoscimento dell’importo totale di **€……………………………….** derivante dai calcoli di seguito indicati.

1. **DISABILITÀ SENSORIALE UDITIVA (PARAMETRO 22,54)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MESE** | **ORE** | **Importo riconoscibile (= numero di ore moltiplicato per 22,54 euro)** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
| **TOTALE** | **n.** | **€** |

**IMPORTO TOTALE RICONOSCIBILE: .............. (derivante da sommatoria dei totali riportati nella tabella di cui sopra)**

**Anticipo totale ricevuto: € ……….**

**Saldo richiesto € ………. (differenza fra importo riconoscibile e totale anticipo ricevuto)**

TIMBRO E DATA Il Dirigente scolastico

(FIRMA)

**ALLEGATO 16 - DICHIARAZIONE FINALE DI ATTIVITÀ**

Il/La sottoscritto ………………………… nato/a a ……………………… il ………… e residente in……………………………………………., in qualità di Dirigente scolastico o di Rappresentante Legale (Istituti Paritari) dell’Istituto “………………………” Codice meccanografico …………...…, Codice Fiscale n. ................. Partita I.V.A. n. ................. con sede legale in …………………………………………, in riferimento al progetto denominato progetto di “realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale uditiva per l'anno scolastico 2024-2025” **CUP ………………………,** istituito con Determinazione Dirigenziale N. G09192 del 09/07/2024 e finanziato con comunicazione[[2]](#footnote-2) Prot. N. ………. del ……….

**CONSIDERATO**

che con la suddetta comunicazione è stato finanziato l’intervento di assistenza specialistica per un importo pari ad € ……………………, avvalendosi delle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 s.m.i., in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità;

**DICHIARA**

* di non aver usufruito di altri contributi pubblici per lo svolgimento dell’intervento oggetto del suddetto finanziamento;
* che all’atto della presente dichiarazione l’intervento ha raggiunto il livello di attuazione fisico e finanziario sopra indicato;
* che nell’ambito dei rapporti di lavoro instaurati con il personale coinvolto nella realizzazione dell’intervento è stata rispettata la normativa vigente in materia di lavoro, sicurezza e assicurazioni obbligatorie, nonché la normativa in materia fiscale.

Si allegano:

* Piano di programmazione degli interventi conclusivo (allegato 13)
* Riepilogo complessivo delle ore effettuate durante il servizio, sottoscritto dal Dirigente Scolastico/Direttore dell’Istituzione Scolastica/Formativa (allegato 14)
* Riepilogo complessivo delle ore effettuate dall’assistente durante il servizio, sottoscritto dal Legale Rappresentante dell’Ente che gestisce il servizio/Assistente (allegato 15)
* Relazione finale sulle attività svolte, a firma del Dirigente Scolastico/Direttore dell’Istituzione Scolastica/Formativa sulla base del modello allegato (Mod. 01)
* Documentazione relativa alle procedure di reclutamento del personale ai sensi del D.Lgs. n. 165/2001, aggiornato al D.L. 2 marzo 2024, n. 19 nonché all’affidamento di appalti ai sensi del D.Lgs. n.36/2023 e del D. Interm. n. 129 del 28 agosto 2018 (Qualora non sia stata inviata nella fase di comunicazione di avvio delle attività).

TIMBRO E DATA Il Dirigente scolastico

(FIRMA)

1. **INDICARE GLI ESTREMI DELLE COMUNICAZIONI DI ASSEGNAZIONE DEFINITIVA (ULTIMO AGGIORNAMENTO) SPECIFICANDO SE TRATTASI DI *CASISTICA ASSEGNAZIONE D’UFFICIO O DI CASISTICA ORDINARIA*.** [↑](#footnote-ref-1)
2. **INDICARE GLI ESTREMI DELLE COMUNICAZIONI DI ASSEGNAZIONE DEFINITIVA (ULTIMO AGGIORNAMENTO) SPECIFICANDO SE TRATTASI DI *CASISTICA ASSEGNAZIONE D’UFFICIO O DI CASISTICA ORDINARIA*.** [↑](#footnote-ref-2)