|  |
| --- |
| **REGIONE LAZIO**  ***Assessore Lavoro, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito e Urbanistica***  **Direzione regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l’Occupazione**  **Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021 - 2027**  **Obiettivo di Policy 4 “Un’Europa più sociale”**  ***Regolamento (UE) n. 2021/1060***  ***Regolamento (UE) n. 2021/1057***  *Priorità 3 “Inclusione sociale” Obiettivo specifico k)*  *Azione Interventi per l’integrazione scolastica e formativa delle persone con disabilità - AP 11* |
| ***Piano di interventi finalizzati all’integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio – Assistenza Specialistica anno scolastico 2025-26*** |

**ALLEGATO 10 - DOMANDA DI RIMBORSO FINALE 2025\_26**

CARTA INTESTATA ISTITUTO[[1]](#footnote-1)

**Regione Lazio**

**Direzione regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l’Occupazione**

**Via R. Raimondi Garibaldi 7**

**00145 – Roma**

Oggetto: *Piano di interventi finalizzati all’integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio. Assistenza Specialistica anno scolastico 2025-26.*

**Ente/Scuola………………………………………………Codice.meccanografico………………………………...finanziato dal Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021 – 2027 della Regione Lazio.**

**ALLEGATO 10 - DOMANDA DI RIMBORSO FINALE 2025\_26**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO DI NOTORIETA’

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

Il sottoscritto ………………………………………………… nato a ……………………… il ………… e residente in………………………………………………………., in qualità di Dirigente scolastico o di Rappresentante Legale**[[2]](#footnote-2)** (istituti paritari) dell’istituto“ ……………………… “Codice meccanografico ………..…, Codice Fiscale n. ............ Partita I.V.A. n. ............ con sede legale in ……………………………………………………………………………………, in riferimento al progetto denominato “Assistenza specialistica” CUP…………………istituito e finanziato con D.D. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la quale è stata assegnata a questa istituzione scolastica la somma di € ……………………….. per lo svolgimento dell'intervento di cui all'oggetto, comunica che l’attività volta a promuovere l'integrazione degli alunni con disabilità per gli allievi di cui al progetto presentato ed approvato, ha avuto inizio in data ………………………… ha terminato lo svolgimento delle ore relative al all’attività di assistenza specialistica anno scolastico 2025 -2026.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MESE** | **ORE** | **Importo richiesto** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
|  | **n.** | **€** |
| **Tot.** | **n.** | **€** |

**CHIEDE**

* il riconoscimento dell’importo di €………………………………, concesso per la realizzazione delle attività di assistenza specialistica.

|  |  |
| --- | --- |
| **CALCOLO DOVUTO** | **IMPORTO €** |
| Finanziamento concesso |  |
| (-) Anticipi erogati |  |
| **Saldo** |  |

Data Il Legale Rappresentante

(Firma Digitale)

1. *Non rimuovere il logo a barre* ***Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021 – 2027 della Regione Lazio*** *già presente sull’allegato e inserire, come carta intestata, il logo dell’Istituzione scolastica e formativa senza altri loghi riferiti ad altri finanziamenti.* [↑](#footnote-ref-1)
2. **Nel caso di reti i dati sono riferiti al capofila** [↑](#footnote-ref-2)