**CARTA INTESTATA ISTITUTO SCOLASTICO**

**Regione Lazio**

**Direzione Regionale Istruzione, Formazione**

**e Politiche per l’Occupazione**

*Attuazione, tutela della fragilità e Punto di contatto*

**Via R. Raimondi Garibaldi 7**

**00145 – Roma**

[**tutelafragilita@pec.regione.lazio.it**](mailto:tutelafragilita@pec.regione.lazio.it)

**ALLEGATO 11 ELENCO DETTAGLIATO DEGLI ENTI/E, O OPERATORI CONTRATTUALIZZATI**

OGGETTO: **Integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale uditiva per l'anno scolastico 2025-2026.**

**CUP……………………………… Istituzione Scolastica ……………………………………… Codice meccanografico…………………………………………...finanziato dalla Regione Lazio.**

Il/La sottoscritto/a ………………………………………………… 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 di “realizzazione dell'integrazione scolastica in favore degli alunni con disabilità sensoriale uditiva per l'anno scolastico 2025-2026” CUP ……………………… istituito con Determinazione Dirigenziale N. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_finanziato con comunicazione Prot. N. \_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_con la quale è stata assegnata a questa Istituzione Scolastica la somma di €………………………. per lo svolgimento dell'intervento di Assistenza sensoriale uditiva comunica il seguente:

**11 ELENCO DETTAGLIATO DEGLI ENTI/E, O OPERATORI CONTRATTUALIZZATI**

**Elenco Enti**

|  |  |
| --- | --- |
| N. | Ente |
| 1 |  |
| 2 |  |
| …. |  |

**Elenco Operatori**

|  |  |
| --- | --- |
| N. | Operatore |
| 1 |  |
| 2 |  |
| …. |  |
| …. |  |

Data Il Legale Rappresentante

Firmare digitalmente