



**REGIONE
LAZIO**

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

**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 2026_2027.**

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 2026_2027” 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