



Cofinanziato  
dall'Unione europea



REGIONE  
LAZIO



## CARTA INTESTATA ISTITUTO<sup>1</sup>

**Regione Lazio**  
**Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Lavoro**  
**Via R. Raimondi Garibaldi 7**  
**00145 – Roma**

Oggetto: Assistenza specialistica alunni disabili o in situazioni di svantaggio a.s. 2022/2023.  
CUP.....,

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

### ALLEGATO 10 - Domanda di Rimborso Finale

#### 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<sup>2</sup> (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 2022 -2023.

#### CHIEDE

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Nel caso di reti i dati sono riferiti al capofila



Cofinanziato  
dall'Unione europea



REGIONE  
LAZIO



MESE	ORE	Importo richiesto
	n.	€
	n.	€
	n.	€
	n.	€
<b>Tot.</b>	n.	€

- ☐ il riconoscimento dell'importo di €....., concesso per la realizzazione delle attività di assistenza specialistica.

**Calcolo della sovvenzione dovuta:**

**Finanziamento concesso € .....**

**Anticipi erogati € .....**

Data

Il Legale Rappresentante  
(Firma Digitale)