

**INCLUSIONE SCOLASTICA DI BAMBINI/ALUNNI/STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE**  
**ATTESTAZIONE INTERMEDIA DI REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO PERCORSO ORDINARIO**  
**ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  
**DALLA SCUOLA DELL'INFANZIA FINO ALL'ISTRUZIONE SECONDARIA DI SECONDO GRADO E ALLA FORMAZIONE PROFESSIONALE DI SECONDO CICLO**  
**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (ART. 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, 445)**

**Il/la sottoscritto/a**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a Provincia il

Residente in \_\_\_\_\_

Comune  Provincia

**in qualità di Legale Rappresentante**

dell'Ente Erogatore

Con sede legale in

Comune Provincia

[illegible]

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, previste e richiamate dal D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445.

**DICHIARA ED ATTESTA:**

- ☐ che il servizio è stato regolarmente eseguito ed attuato a favore dei seguenti bambini/alunni/studenti **per i quali si è predisposta la relazione intermedia con la richiesta della seconda quota pari a:**
- ☐ **30%**
- ☐ **20%**
- ☐ ..... **altro**

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE per ciascuno studente QUALI SERVIZI SONO STATI EROGATI: ▪ ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE ▪ TIFLOLOGO/TIFLOINFORMATICO ▪ MATERIALE

☐ di dare atto che la spesa sostenuta per lo svolgimento degli interventi svolti nell'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_ viene dettagliata nella Relazione intermedia del Piano Individuale del singolo bambino/alunno/studente;

☐ che n. \_\_\_\_ Piani Individuali sono stati sospesi/interrotti/non avviati per le seguenti motivazioni (per i quali non viene richiesto nessun acconto):

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE SE: SOSPESI/INTERROTTI/NON AVVIATI e relative motivazioni

Data \_\_\_\_\_

**Firma leggibile** del Legale Rappresentante  
dell'Ente

\_\_\_\_\_

Allegare fotocopia di un documento di identità in corso di validità se non firmata digitalmente