

**ALLEGATO I**

**Alla Regione Marche**

**Dirigente del Servizio Politiche Sociali e Sport**

**Via Gentile da Fabriano, 3**

**60125 Ancona**

|  |
| --- |
| **RESOCONTO INTERVENTI PER ALUNNI DISABILI** **Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà****(artt. 46/47 DPR 28/12/2000, n. 445)** |

 Il/la sottoscritto/a ……………....…………………............................................………..............................................

 nato/a a ………….…………..……………..…….... il ………………..…………………….….

 residente a ……………………………………………………………………………………...…………………...…

in via ………….………………………………………….………………………….. n. ……… Cap ……….………

Codice fiscale………………………………………………….……………………………..………………………...

Tel. ………………….…Cell. …………………..….……email:…………….………………………………………..

in qualità di coordinatore dell’ATS n. ………………………………………………………..

# **DICHIARA**

di aver interamente utilizzato le risorse trasferite dalla Regione Marche ammontanti ad
 € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’attuazione degli interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali per l’a.s. 2018/2019 così suddivise:

€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per gli interventi a favore degli alunni con disabilità sensoriali;

€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’intervento a sostegno del trasporto scolastico per gli alunni con disabilità frequentanti la scuola secondaria di II° grado;

€\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ad integrazione delle risorse trasferite dal Servizio Politiche Sociali e Sport quale budget per l’anno 2019 per l’intervento denominato “Integrazione scolastica” di cui alla L.R. 18/96.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

* Prospetto debitamente compilato trasmesso anche in formato Excel al seguente indirizzo: crrdd@regione.marche.it

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_