

**INCLUSIONE SCOLASTICA DEGLI STUDENTI CON DISABILITA' SENSORIALE**  
**ATTESTAZIONE FINALE 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 finale con la richiesta di saldo spettante a consuntivo di quanto effettivamente speso:**

INIZIALI COGNOME/NOME	ID	INDICARE per ciascuno studente QUALI SERVIZI SONO STATI EROGATI: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE</li> <li>▪ TIFLOGOGO/TIFLOINFORMATICO</li> <li>▪ MATERIALE</li> </ul>

- ☐ di dare atto che la spesa sostenuta per lo svolgimento degli interventi svolti nell'a.s. 2026/2027 viene dettagliata nella Relazione finale 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 saldo)

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