

**INCLUSIONE EDUCATIVA DI BAMBINI CON DISABILITA' SENSORIALE  
ATTESTAZIONE FINALE DI REGOLARE ESECUZIONE DEL SERVIZIO  
PERCORSO NIDI**

**ANNO EDUCATIVO \_\_\_\_/\_\_\_\_  
NIDI/MICRONIDI PUBBLICI E PRIVATI E SEZIONI PRIMAVERA DELLA SCUOLA  
DELL'INFANZIA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'**

**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 \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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: ▪ ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE ▪ TIFLOLOGO/PEDAGOGISTA ▪ MATERIALE

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