ISTANZA MODIFICA CONVENZIONE

 SCUOLA PRIMARIA PARITARIA PER NUMERO ORE DI SOSTEGNO

Istanza da presentare entro **il 30 settembre dell’anno scolastico di riferimento**

**all’Ufficio Scolastico Regionale** competente

*SU CARTA INTESTATA SE TRATTASI DI ENTE PUBBLICO – APPORRE IL TIMBRO DELL’ENTE GESTORE SE TRATTASI DI ENTE PRIVATO*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

All’Ufficio Scolastico Regionale per il Friuli-Venezia Giulia

Via SS. Martiri, 3

34123 Trieste

drfr@postacert.istruzione.it

**OGGETTO: richiesta modifica convenzione per numero ore di sostegno scuola primaria paritaria.**

Io sottoscritto (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ legale rappresentante dell’ente (indicare il nome dell’*ente gestore* con il codice fiscale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ chiedo la modifica della convenzione per numero ore di sostegno per la scuola primaria paritaria sottoindicata, permanendo tutti i requisiti per il mantenimento della parità.

**DATI DELLA SCUOLA**

TIPO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice meccanografico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UBICAZIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESTREMI DEL DECRETO DI PARITA' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALUNNI DISABILI**

**ELENCO ALUNNI DIDABILI ISCRITTI E FREQUENTANTI PER I QUALI SONO ATTRIBUITE ORE DI SOSTEGNO GIA’ IN CONVENZIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**ELENCO ALUNNI DIDABILI ISCRITTI E FREQUENTANTI PER I QUALI SONO RICHIESTE ORE AGGIUNTIVE DI SOSTEGNO IN COVENZIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

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

**DOCUMENTI DA PRESENTARE CON LA DOMANDA**

1. Relativamente agli alunni disabili per i quali si chiede il contributo al sostegno: prospetto (Allegato 1), da compilare e firmare a cura del legale rappresentante, riportante in sintesi, mediante l’utilizzo di apposita codifica in luogo dei dati personali identificativi degli alunni, la situazione dei medesimi alunni disabili frequentanti, e che costituisce DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO ai sensi degli artt. 47 e ss. del D.P.R. 445 del 28/12/2000 (Allegato 1).
2. Copia scansionata del documento d’identità in corso di validità del rappresentante legale firmatario dell’istanza.

All’Ufficio Scolastico Regionale

Via Santi Martiri, 3 c.a.p.34123

Trieste

per l’Anno Scolastico …………….

drfr@postacert.istruzione.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ALUNNI DISABILI ISCRITTI E FREQUENTANTI

(ai sensi degli artt. 47 e ss., D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , documento di riconoscimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante dell’ente gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sito a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del D.P.R. n. 445/00, per le ipotesi di falsità in atti, mendaci dichiarazioni, o contenuti non rispondenti a verità, e che le suddette ipotesi comportano la decadenza dal beneficio ottenuto,

**D I C H I A R A**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Denominazione scuola paritaria in gestione. | Codice meccanografico scuola paritaria in gestione. | Alunno disabile certificato con documentazione completa (verbale commissione sanitaria + diagnosi funzionale, ex DPCM n. 185/06) – ***NB. Ogni alunno deve essere identificato da un codice alfanumerico (es. A1, A2)*** | Grado di disabilità di cui all’articolo 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (indicare se comma 1 o comma 3) ***NB. Da specificare per ogni alunno identificato dal codice alfanumerico di cui alla colonna a sinistra*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Si allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

Il /la dichiarante

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

***(sottoscrivere con firma autografa o con firma digitale)***