

DECRETO DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT

Oggetto: **DGR n. 1106/2017. Tempi e Modalità per l'attuazione degli interventi socio - assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriale - a.s. 2017/2018. Impegno e liquidazione delle risorse pari ad € 1.373.260,12 a favore degli Ambiti Territoriali Sociali.**

DECRETA

- di approvare i tempi e le modalità per l'attuazione degli interventi socio assistenziali in favore degli alunni con disabilità sensoriale a.s. 2017/2018 di cui all'allegato "A", che forma parte integrante e sostanziale del presente atto, ai sensi della DGR n.1106 del 25.09.2017;
- di approvare gli allegati "B", "B1", "C", "D", "E", "F", "G", "H" e "I" che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;
  
- di assegnare, impegnare e liquidare agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali, come riportato nell'allegato "I", gli importi a fianco di ciascuno di essi indicati per un ammontare complessivo di € 1.373.260,12 ai sensi della DGR n. 1106/2017;
- di stabilire che l'obbligazione giuridica conseguente il presente atto risulta esigibile e scaduta, ai sensi del D.Lgs. 118/2011, nell'anno 2017;
- di stabilire che l'onere derivante dal presente provvedimento pari complessivamente ad € 1.373.260,12 fa carico al bilancio di previsione 2017/2019 annualità 2017 nell'ambito della disponibilità già attestata con DGR n. 958 del 07.08.2017, capitolo di entrata correlato n. 1201010244 - accertamento n. 2301/2016 come segue:
  - quanto ad € 1.084.503,67 al capitolo 2120210041 somma disponibile a seguito della DGR n.644 del 20.06.2017;
  - quanto ad € 192.537,24 al capitolo 2120210058 somma disponibile a seguito della DGR n. 938 del 07.08.2017;
  - quanto ad € 96.219,21 al capitolo 2120210057 somma disponibile a seguito della DGR n. 938 del 07.08.2017;

previa riduzione dell'accantonamento assunto con DGR n. 958/2017.

CTE dell'operazione contabile – capitolo 2120210041

Missione	12
Programma	02



Codice economico	2310102003
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	1040102003
CUP	0000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

*CTE dell'operazione contabile – capitolo 2120210058*

Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310102005
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	1040102005
CUP	0000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

*CTE dell'operazione contabile – capitolo 2120210057*

Missione	12
Programma	02
Codice economico	2310399001
COFOG	101
Transazione UE	8
SIOPE	1040399999
CUP	0000000000000000
Spesa ricorrente	3
Codice perimetro sanitario	3
Codice programma politica regionale unitaria	000

- di stabilire che la liquidazione è esclusa dalla verifica di cui all'art. 48 bis del D.P.R. 602/1973 e del relativo regolamento attuativo, ai sensi del punto 1) dell'allegato "A" della D.G.R. n. 605 del 26.04.2011, in quanto trattasi di pagamenti a favore delle amministrazioni pubbliche ricomprese nell'elenco predisposto annualmente dall'ISTAT ai sensi dell'articolo 1, comma 5, della legge finanziaria 2005 o a favore di società a totale partecipazione pubblica;
- di dare atto che l'importo da liquidare con il presente decreto non è soggetto alla ritenuta d'acconto ai sensi della dell'art 28 DPR 600/1973;



*Si attesta l'avvenuta verifica dell'inesistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e s.m.i..*

*Si applica l'art. 27 del D.Lgs. 33/2013 nei limiti degli strumenti messi a disposizione dalla Regione Marche alla data odierna.*

*Il presente atto viene pubblicato per estremi sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche, ai sensi della L.R. 17/2013.*

*Avverso il presente decreto è ammesso ricorso innanzi alle Autorità giurisdizionalmente competenti entro i termini previsti dalla normativa vigente.*

Il dirigente  
(Dott. Giovanni Santarelli)

Documento informatico firmato digitalmente



## ALLEGATI

- Visto contabile (file “Visto contabile avviso pubblico disabili sensoriali a.s. 2017-2018”)**  
**Allegato A (file “Allegato A - Avviso pubblico.docx”)**  
**Allegato B (file “Allegato B - Domanda contributo.docx”)**  
**Allegato B1 (file “Allegato B1 - Domanda contributo.docx”)**  
**Allegato C (file “Allegato C - Richiesta autorizzazione acquisto sussidi e supporti per l'autonomia.docx”)**  
**Allegato D (file “Allegato D - Rendicontazione spese per assistenza all'autonomia e comunicazione.docx”)**  
**Allegato E (file “Allegato E - Dichiarazione Assistente Didattico.docx”)**  
**Allegato F (file “Allegato F - Foglio delle presenze Assistente Didattico.docx”)**  
**Allegato G ( file “Allegato G - Rendicontazione spese per sussidi e supporti all'autonomia..docx”)**  
**Allegato H (file “Allegato H - Rendicontazione spese per adattamento testi.docx”)**  
**Allegato I” (file “Allegato I - Riparto.docx”)**



**DGR N. 1106/2017 - TEMPI E MODALITA' PER L'ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ SENSORIALE PER L'ANNO SCOLASTICO 2017/2018.**

Con la deliberazione n. 1106 del 25.09.2017 sono stati approvati i criteri per l'attuazione degli interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriale per l'anno scolastico 2017/2018 nonché i criteri di riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali.

Con il presente atto vengono di seguito individuate le procedure amministrative da porre in essere da parte dell'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale per l'accoglimento delle domande di contributo e delle rendicontazioni di spesa che verranno presentate dai destinatari degli interventi nonché i tempi e le modalità per la rendicontazione da parte degli Enti capofila degli ATS da trasmettere alla Regione Marche – Servizio Politiche Sociali e Sport a conclusione dell'anno scolastico 2017/2018.

**A) TEMPI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI CONTRIBUTO E DELLE RENDICONTAZIONI DI SPESA DA PARTE DEI DESTINATARI DEGLI INTERVENTI**

Gli interventi previsti dalla DGR n. 1106/2017 posti in essere dall'Ente capofila degli ATS a favore degli alunni con disabilità sensoriale sono i seguenti:

- a) assistenza all'autonomia e alla comunicazione
- b) sussidi e supporti all'autonomia
- c) adattamento testi scolastici
- d) frequenza di scuole o corsi presso istituti specializzati

**A.1) DOMANDA DI CONTRIBUTO DA INOLTARE DA PARTE DELLE FAMIGLIE ALL'ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE**

Le famiglie devono inoltrare all'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale, **entro il 30 ottobre 2017**, a mezzo posta con raccomandata A/R o a mezzo PEC, la domanda di contributo per l'attivazione degli interventi di cui alle lett. a), b) e c) utilizzando il modello di cui **all'Allegato "B"** del presente decreto con allegata la documentazione ivi richiesta. A seguito dell'istruttoria l'ufficio preposto all'accoglimento delle domande ne stabilisce l'ammissibilità; ciò costituisce titolo per accedere al contributo relativo all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione e/o ai sussidi e supporti all'autonomia e/o all'adattamento dei testi scolastici.

Per quanto riguarda gli interventi di cui alla lett. b) l'utente deve presentare, inoltre, il preventivo del sussidio o del supporto all'autonomia che si intende acquistare utilizzando **l'Allegato "C"**. L'Ufficio valuta il preventivo e autorizza/non autorizza l'acquisto nel rispetto delle disposizioni previste nell'allegato "A" della DGR n. 1106/2017; solo a seguito dell'autorizzazione l'utente potrà procedere all'acquisto ed ottenere successivamente il rimborso.

Anche per quanto riguarda l'adattamento dei testi scolastici, l'ATS valuta, oltre alla domanda presentata, il preventivo di spesa e successivamente procede, con esplicita nota, ad autorizzare/non autorizzare l'acquisto dei testi adattati nel rispetto di quanto indicato dalla DGR n. 1106/2017. Il beneficiario non appena ricevuta la fattura da parte del soggetto scelto per l'adattamento dei testi provvede a trasmetterne copia all'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale. L'ATS, quindi, liquida al beneficiario un acconto pari al 70% (100% nel caso di un ISEE inferiore ad € 10.632,94) dell'importo della fattura qualora tale importo sia pari o inferiore all'importo autorizzato. Nel caso in cui l'importo della fattura risultasse superiore all'importo autorizzato dall'ATS, il 70% (100% nel caso di un ISEE inferiore ad € 10.632,94) deve essere comunque calcolato sull'importo autorizzato. La famiglia ricevuto l'acconto provvede entro i successivi 15 giorni al pagamento della fattura contribuendo per la restante somma del 30%.

Per la frequenza di scuole o corsi presso istituti specializzati di cui alla lett. d) gli interessati devono presentare domanda all'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale, a mezzo posta con raccomandata A/R o a mezzo PEC, utilizzando il modello di cui **all'Allegato "B1"** del presente decreto con allegata la documentazione ivi richiesta. A seguito dell'istruttoria l'ufficio preposto all'accoglimento delle domande ne stabilisce l'ammissibilità ed autorizza l'intervento; ciò costituisce titolo per accedere al rimborso del costo sostenuto per la retta.

## **A.2) RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOSTENUTE DA PARTE DELLE FAMGLIE DA INOLTRE ALL'ENTE CAPOFILA DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE**

### Assistenza all'autonomia e alla comunicazione

Le famiglie, le cui domande siano state riconosciute ammissibili dall'ufficio preposto, ogni due mesi a partire dall'avvio dell'anno scolastico 2017/2018 devono presentare all'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale, a dimostrazione delle spese sostenute, una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui **all'Allegato "D"** con allegata la documentazione ivi richiesta nonché **l'Allegato "E" ed "F"** redatti a cura dell'assistente all'autonomia e alla comunicazione incaricato.

### Sussidi o supporti per l'autonomia

Le famiglie, le cui domande siano state riconosciute ammissibili dall'ufficio preposto, devono presentare all'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale, a dimostrazione delle spese sostenute, una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui **all'Allegato "G"** con allegata la documentazione ivi richiesta.

### Adattamento dei testi scolastici

Ai fini del rimborso del restante 30% le famiglie devono, entro 10 giorni dall'avvenuto pagamento della fattura, presentare all'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale la rendicontazione del costo complessivo del servizio utilizzando il modello di cui **all'Allegato "H"** con allegata la documentazione ivi richiesta. Il medesimo allegato viene utilizzato anche dalle famiglie che hanno ottenuto il 100% del contributo in anticipo quale dichiarazione dell'effettivo pagamento della fattura al soggetto scelto per l'adattamento dei testi.

### Frequenza di scuole o corsi presso istituti specializzati

I destinatari dell'intervento, le cui domande siano state riconosciute ammissibili ed autorizzate dall'ufficio preposto, devono presentare all'Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale idonea documentazione di spesa fiscalmente valida a dimostrazione delle spese sostenute per la retta.

## **B) TEMPI E MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA RENDICONTAZIONE DA PARTE DEGLI ENTI CAPOFILA DEGLI AMBITI TERRITORIALI SOCIALI**

Con il presente decreto viene trasferito in un'unica soluzione e in via anticipata agli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali il finanziamento pari ad € 1.373.260,12 stanziato con la DGR n. 1106/2017, secondo gli importi indicati **nell'Allegato "I"**.

Gli Enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali a conclusione dell'a.s. 2017/2018 devono trasmettere, entro **il 30 settembre 2018**, al Servizio Politiche Sociali e Sport, al seguente indirizzo PEC: [regione.marche.politichesociali@emarche.it](mailto:regione.marche.politichesociali@emarche.it), un prospetto formato Excel che verrà messo a disposizione dal Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità quale rendicontazione dell'effettivo utilizzo delle somme concesse.

Il presente atto viene pubblicato sul sito della Regione Marche al seguente link:  
[http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#3391\\_Bandi-e-Riparti](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#3391_Bandi-e-Riparti)

mentre la modulistica di cui sopra viene pubblicata al seguente link:  
[http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#5024\\_Modulistica-da-presentare-agli-ATS-a.s.-2017/2018](http://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Disabilita#5024_Modulistica-da-presentare-agli-ATS-a.s.-2017/2018)

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI A FAVORE  
DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' SENSORIALE**

**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:.....

presa visione della DGR n. 1106 del 25.09.2017 "Interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriale. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2017/2018".

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore, l'erogazione di un contributo per:

**assistenza all'autonomia e alla comunicazione**

**sussidi** (batterie/pile per apparecchi acustici o altri strumenti similari)

**supporti per l'autonomia** (computer, software o altri strumenti similari previsti dal PEI e debitamente motivati)

**adattamento testi scolastici** (traduzione in braille, ingrandimento, adattamento per sintesi vocale, ecc.)

a favore di..... nato/a a.....il.....

Codice Fiscale (*del minore*).....

con disabilità:                    **uditiva**    **visiva**

in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) :    **si**    **no**



**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- a) copia del verbale di accertamento socio-sanitario previsto dalle leggi n. 381/70 (per i disabili sensoriali dell'udito) - n.382/70 (per i disabili sensoriali della vista);
- b) copia del Piano Educativo Individualizzato (P.E.I.), vidimato dalla scuola, in cui venga descritta la necessità dell'intervento richiesto indicando la durata espressa in mesi e specificando il monte ore mensili necessario;
- c) Curriculum Vitae dell'Assistente didattico domiciliare con il visto eventuale da parte del soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei disabili sensoriali;
- d) copia della carta o del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
- e) fotocopia, non autenticata, del documento di identità del dichiarante, in corso di validità.

**Per la richiesta di un contributo per i testi scolastici, oltre alla suindicata documentazione, occorre presentare:**

- f) relazione dettagliata della Scuola, redatta dall'insegnante di sostegno o altro referente scolastico, in cui si specificano i testi che necessitano di adattamento con indicate le relative parti di testo che necessariamente devono essere oggetto di modifica e tipo di adattamento richiesto;
- g) preventivo rilasciato dal soggetto scelto per l'adattamento dei testi eventualmente validato dal soggetto che esercita le funzioni di rappresentanza e di tutela degli interessi dei ciechi e degli ipovedenti;

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

Firma

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONTRIBUTO PER GLI INTERVENTI SOCIO ASSISTENZIALI  
A FAVORE DEGLI ALUNNI CON DISABILITA' SENSORIALE**

**FREQUENZA DI SCUOLE O CORSI PRESSO ISTITUTI SPECIALIZZATI**

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:.....  
con disabilità:       **uditiva**                       **visiva**  
in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) :     **si**                       **no**

**A cura del genitore/tutore se l'alunno è minorenne:**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... n. .... Cap.....  
Codice fiscale.....  
Tel. .... Cell. .... email:.....  
  
**in qualità di genitore/tutore di** .....  
nato/a ..... il.....  
Codice Fiscale .....  
con disabilità:       **uditiva**                       **visiva**  
in situazione di "gravità" (art 3, comma 3, L.104/92) :     **si**                       **no**

presa visione della DGR n. 1106 del 25.09.2017 "Interventi socio assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriale. Criteri per l'attuazione degli interventi e per il riparto delle risorse da trasferire agli Ambiti Territoriali Sociali - a.s. 2017/2018".

**CHIEDE**



**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ACQUISTO DI SUSSIDI  
E/O SUPPORTI PER L'AUTONOMIA**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... Cap .....  
Codice fiscale.....  
Tel. ....Cell. ....email:.....

**CHIEDE**

in qualità di genitore/tutore l'autorizzazione per l'acquisto di:

**sussidi** (batterie/pile per apparecchi acustici o altri strumenti similari)

**supporti per l'autonomia** (computer, software o altri strumenti similari previsti dal PEI e debitamente motivati)

come specificato nel **preventivo di spesa** **provvisto** **non provvisto** del visto di un'Associazione di una delle principali organizzazioni di tutela e di rappresentanza degli interessi dei disabili sensoriali a favore di..... nato/a a.....il.....

con disabilità: **uditiva** **visiva**

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

a) preventivo di spesa.

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

Firma

---

ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:

\_\_\_\_\_

**RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
L'ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**  
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 genitore/tutore di.....  
nato/a.....il..... Codice fiscale.....  
con disabilità:            **uditiva**                            **visiva**

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

che la quota oraria lorda, come da contratto stipulato con l'Assistente all'autonomia e alla comunicazione, è pari ad € .....

## E C H I E D E

con riferimento all'assistenza all'autonomia e alla comunicazione per i mesi di:.....

che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad €.....

che gli venga anticipato l'importo pari ad €.....in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94.

### **Allega alla presente la seguente documentazione:**

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento (chi ottiene l'anticipo in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94 la quietanza deve essere trasmessa dopo il pagamento);
- dichiarazione dell'Assistente all'autonomia e alla comunicazione che ha svolto l'intervento (All. E);
- foglio mensile delle presenze compilato dall'Assistente all'autonomia e alla comunicazione (All. F);

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

Firma

\_\_\_\_\_

**ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

---

**DICHIARAZIONE DI SVOLGIMENTO DELL'INTERVENTO A DOMICILIO DI ASSISTENZA  
ALL'AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**  
**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:.....

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

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

di aver svolto l'intervento di assistenza all'autonomia e alla comunicazione in favore di:

.....

nei mesi di .....

per n. ore .....

di aver percepito una somma pari a € .....

Si allega il "Foglio delle presenze" (All. F)

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

Firma

---

**DGR N. 1106/2017 “INTERVENTI SOCIO - ASSISTENZIALI A FAVORE DEGLI ALUNNI  
CON DISABILITÀ SENSORIALE PER L’ANNO SCOLASTICO 2017/2018.**

**ASSISTENZA ALL’AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE**

**Foglio mensile delle presenze**

MESE.....

ANNO.....

NOME ASSISTENTE ALL’AUTONOMIA E ALLA COMUNICAZIONE .....

NOME ALUNNO.....

Data	ora inizio	ora fine	Totale ore attività didattica	Descrizione breve dell’attività	Firma dell’educatore	Firma della famiglia
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
<b>TOTALE ORE</b>						

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

Firma

\_\_\_\_\_

**ALL'ENTE CAPOFILA  
DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

\_\_\_\_\_

**RENDICONTAZIONE AI FINI DEL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER  
I SUSSIDI E/O SUPPORTI ALL'AUTONOMIA**

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a .....  
in via ..... n. .... Cap .....  
Codice fiscale.....  
Tel. ....Cell. ....email:.....

in qualità di genitore/tutore di.....  
nato/a.....il.....Codice fiscale.....  
con disabilità:           **uditiva**                           **visiva**

**CHIEDE**

con riferimento all'intervento sussidi; supporti per l'autonomia:

che gli venga concesso il rimborso della spesa sostenuta per un importo pari ad €.....

che gli venga anticipato l'importo pari ad €..... in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento (chi ottiene l'anticipo in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94 la quietanza deve essere trasmessa dopo il pagamento);

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

Firma

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO H**

**ALL'ENTE CAPOFILA**

**DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI:**

---

**RENDICONTAZIONE ADATTAMENTO TESTI SCOLASTICI**

**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 genitore/tutore di.....

nato/a a.....il ..... frequentante

nell'anno scolastico 2017/2018 la classe ..... sez. .... presso la Scuola sita in

..... Via..... Cap .....

**A cura del soggetto che ha ottenuto il 70% dell'importo autorizzato.**

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

di aver pagato la spesa complessiva di € ..... per il servizio di adattamento dei testi scolastici realizzato da .....

**E CHIEDE**

che gli venga liquidata la somma di € ..... a titolo di saldo, corrispondente al 30% della spesa complessiva di cui sopra.

**A cura del soggetto che ha ottenuto il 100% dell'importo autorizzato in quanto presente un ISEE inferiore a € 10.632,94**

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità,

di aver pagato al soggetto scelto per l'adattamento dei testi la somma complessiva di € ..... corrispondente al 100% dell'intero importo avuto in acconto.

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- documentazione contabile della spesa (fattura, ricevuta, nota spesa);
- quietanza del pagamento.

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

Firma

\_\_\_\_\_

**Allegato "I"**

**Riparto fondi per gli interventi socio - assistenziali a favore degli alunni con disabilità sensoriale per l'anno scolastico 2017/2018**

<b>ATS</b>	<b>Indirizzo Sede Legale</b>	<b>Codice Fiscale Partita IVA</b>	<b>Contributo da impegnare e liquidare</b>	<b>capitoli</b>
<b>AMBITO 1- Pesaro</b>	Piazza del Popolo 1 - 61100 Pesaro	00272430414	€ 128.278,17	capitolo 2120210041 € 1.084.503,67
<b>AMBITO 4 - Urbino</b>	Via Puccinotti 3 - 61029 Urbino	82004510416 00654690411	€ 39.879,59	
<b>AMBITO 6 - Fano</b>	Via S. Francesco d'Assisi 76 - 61032 Fano	00127440410	€ 89.551,44	
<b>AMBITO 7 - Fossombrone</b>	Corso Garibaldi 8 61034 Fossombrone	00223590415	€ 34.261,15	
<b>AMBITO 8 - Senigallia</b>	Piazza Roma 8 - 60019 Senigallia	00332510429	€ 67.934,12	
<b>AMBITO 11- Ancona</b>	Piazza XXIV Maggio - 60100 Ancona	00351040423	€ 87.118,67	
<b>AMBITO 12 - Falconara Marittima</b>	P.zza Municipio, 1 - 60015 Falconara Marittima	00343140422	€ 63.195,62	
<b>AMBITO 13 - Osimo</b>	Piazza del Comune 1 - 60027 Osimo	00384350427	€ 79.538,02	
<b>AMBITO 14 - Civitanova Marche</b>	Piazza XX Settembre 93 -62012 Civitanova Marche	00262470438	€ 115.032,03	
<b>AMBITO 15 - Macerata</b>	Viale Trieste 24 -62100 Macerata	80001650433 00093120434	€ 82.064,90	
<b>AMBITO 19 - Fermo</b>	Via Mazzini 4 - 63023 Fermo	00334990447	€ 100.896,54	
<b>AMBITO 20 - Porto Sant'Elpidio</b>	Via Umberto I 485 - 63018 Porto Sant'Elpidio	81003650447 00357220441	€ 47.427,30	
<b>AMBITO 21 - San Benedetto del Tronto</b>	Viale De Gasperi 124 - 63039 S. Benedetto Del Tronto	00360140446	€ 90.798,41	
<b>AMBITO 22 - Ascoli Piceno</b>	Piazza Arringo 1 - 63100 Ascoli Piceno	00229010442	€ 58.527,71	

<b>ATS</b>	<b>Indirizzo Sede Legale</b>	<b>Codice Fiscale Partita IVA</b>	<b>Contributo da impegnare e liquidare</b>	<b>capitoli</b>
<b>ATS 16 - Unione Montana dei Monti Azzurri</b>	Via Piave 8 - 62026 San Ginesio	01874180431	€ 36.284,54	capitolo 2120210058 € 192.537,24
<b>ATS 17 - Unione Montana Alte Valli Potenza-Esino</b>	Viale Mazzini 29 - 62027 S. Severino Marche	01874330432	€ 27.423,98	
<b>ATS 18 - Unione Montana Marca Camerino</b>	Via Venanzio Varano 2 - 62032 Camerino	01874730433	€ 10.785,13	
<b>ATS 05 - Unione Montana del Montefeltro</b>	Via Amaducci 34 - 61021 Carpegna	02566100414	€ 18.332,85	
<b>ATS 10 - Unione Montana dell'Esino Frasassi</b>	Via Dante n. 268 – 60044 Fabriano (AN)	81002870426	€ 42.317,07	
<b>ATS 03 - Unione Montana del Catria e Nerone</b>	Via Alessandri 19 - 61043 Cagli	02565260417	€ 17.692,89	
<b>ATS 23 - Unione Comuni della Vallata del Tronto</b>	Via Carrafo 22 - 63031 Castel Di Lama	01831380447	€ 28.510,97	
<b>ATS 24 - Unione Montana dei Sibillini</b>	Piazza IV Novembre 2 - 63044 Comunanza (AP)	02228180440	€ 11.189,81	
<b>AMBITO 9 - ASP Jesi</b>	Via Gramsci, 95 - 60035 Jesi	92024900422 02546320421	€ 96.219,21	capitolo 2120210057 € 96.219,21
<b>Totale complessivo</b>			<b>€ 1.373.260,12</b>	