

**Realizzazione interventi finalizzati all’integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio**

**Avviso pubblico Piano di interventi finalizzati all’integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio – Assistenza Specialistica anno scolastico 2025-26 II EDIZIONE**

|  |
| --- |
| **REGIONE LAZIO**  **Assessorato Lavoro, Università, Scuola, Formazione, Ricerca, Merito e Urbanistica**  **Direzione Regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l’Occupazione**  **Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021- 2027**  **Obiettivo di Policy 4 “Un’Europa più sociale”**  **Regolamento (UE) n. 2021/1060**  **Regolamento (UE) n. 2021/1057**  **Priorità: 3. “Inclusione Sociale”**  **Obiettivo specifico** **k) Azione Interventi per l’integrazione scolastica e formativa delle persone con disabilità - AP 11** |

***ALLEGATO 6- DICHIARAZIONE AVVIO ATTIVITÀ PROGETTUALE 2025/26\_II EDIZIONE***

CARTA INTESTATA ISTITUTO[[1]](#footnote-1)

**Regione Lazio**

**Direzione regionale Istruzione, Formazione e Politiche per l’Occupazione**

**Via R. Raimondi Garibaldi 7**

**00145 – Roma**

Oggetto: *Piano di interventi finalizzati all’integrazione e inclusione scolastica e formativa degli allievi con disabilità o in situazioni di svantaggio – Assistenza Specialistica anno scolastico 2025-26 II EDIZIONE*

**Ente/Scuola………………………………………………Codice.meccanografico………………………………...finanziato dal Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021 – 2027 della Regione Lazio.**

**ALLEGATO 6- DICHIARAZIONE AVVIO ATTIVITÀ PROGETTUALE 2025/26 II EDIZIONE**

Il sottoscritto ………………………………………………… nato a ……………………… il ………… e residente in………………………………………………………., in qualità di Dirigente scolastico o di Rappresentante Legale**[[2]](#footnote-2)** (istituti paritari) dell’istituto“ ……………………… “Codice meccanografico ………..…, Codice Fiscale n. ............ Partita I.V.A. n. ............ con sede legale in ……………………………………………………………………………………, in riferimento al progetto denominato “Assistenza specialistica” CUP…………………approvato e finanziato con D.D. N. ……………………….del…………………….con la quale è stata assegnata a questa istituzione scolastica la somma di € ……………………….. per lo svolgimento dell'intervento di cui all'oggetto, comunica che l’attività volta a promuovere l'integrazione degli alunni con disabilità o in situazioni di svantaggio per gli allievi di cui al progetto presentato ed approvato, ha inizio il………………………… e qualora, si verificasse qualsiasi motivo ostativo all’avvio dell’attività nella data sopra indicata, provvederà a darne immediata comunicazione all’amministrazione.

Data Il Legale Rappresentante

Firma digitale

1. *Non rimuovere il logo a barre* ***Programma Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) 2021 – 2027 della Regione Lazio*** *già presente sull’allegato e inserire, come carta intestata, il logo dell’Istituzione scolastica e formativa senza altri loghi riferiti ad altri finanziamenti*. [↑](#footnote-ref-1)
2. ***Nel caso di reti i dati sono riferiti al capofila*** [↑](#footnote-ref-2)