|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RENDICONTAZIONE FINANZIARIA**R.O.S.A. integrativo 2019 | Direzione Istruzione, pari opportunità, welfareUfficio Diritto allo Studio |
| **Modello R.O.S.A. integrativo** |

COMUNE di …………………………………….

Nominativo referente ………………………………..

n. tel……………….. n. fax……………………….

E-mail………………………………………………..

**PIANO ANNUALE 2018 / A.S. 2018/2019**

**SEZ. 1**

**SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA ALLIEVI DISABILI I° CICLO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione della spesa** | **Modalità di gestione del servizio** | **Utenza servizio****(N°)** | **Ordine di scuola** | Importo |
|  |  |  | **INFANZIA** |  |
|  |  |  | **PRIMARIA** |  |
|  |  |  | **SECONDARIA 1° GRADO** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTALE SPESE SOSTENUTE** |  |
| **SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO** |  |

Si precisa, di dichiarare ulteriormente :

* ore medie erogate …………………..
* costo orario operatori e qualifica degli stessi ………………………….

**SEZ. 2**

**SERVIZIO DI TRASPORTO SPECIFICO ALLIEVI DISABILI I° CICLO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione della spesa** | **Modalità di gestione del servizio** | **Utenza servizio****(N°)** | **Ordine di scuola** | Importo |
|  |  |  | **INFANZIA** |  |
|  |  |  | **PRIMARIA** |  |
|  |  |  | **SECONDARIA 1° GRADO** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTALE SPESE SOSTENUTE** |  |
| **SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO** |  |

**Si precisa che nel territorio comunale non sono presenti plessi dei seguenti ordini di scuola:**

**Infanzia**

**Primaria**

**Secondari di primo grado**

**(**barrare quelli assenti)

**SEZ. 3**

**SERVIZIO BRAILLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrizione della spesa** | **N° interventi** | Importo |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTALE SPESE SOSTENUTE** |  |  |
| **SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO** |  |  |

**RIEPILOGO RIPARTO SPESE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia intervento** | **Totale spese sostenute** | **Finanziamento assegnato** | **Anticipazione** | **Totale a saldo** |
| **SEZ. 1****SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA ALLIEVI DISABILI I° CICLO** |  |  |  |  |
| **SEZ. 2** **SERVIZIO TRASPORTO SPECIFICO ALLIEVI CON DISABILITA’** **PRIMO CICLO ISTRUZIONE** |  |  |  |  |
| **SEZ. 3** **SERVIZIO BRAILLE** |  |  |  |  |