|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **RENDICONTAZIONE FINANZIARIA****ROSA\_INTEGRATIVO\_2019\_20** | Direzione Istruzione, pari opportunità, welfareUfficio Diritto allo Studio |
| **Modulo\_Rosa\_integrativo\_2019\_20** |

COMUNE/ENTE GESTORE di …………………………………….

Nominativo referente ………………………………..

n. tel……………….. n. fax……………………….

E-mail………………………………………………..

**PIANO ANNUALE 2019 - A.S. 2019/2020**

**SEZ. 1**

**SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA ALLIEVI CON DISABILITA’ I° CICLO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione della spesa** | **Specificare se in modalità a distanza o in presenza** | **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 CON DISABILITA’ 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 CON DISABILITA’ I° CICLO** |  |  |  |  |
| **SEZ. 2** **SERVIZIO TRASPORTO SPECIFICO ALLIEVI CON DISABILITA’** **PRIMO CICLO ISTRUZIONE** |  |  |  |  |
| **SEZ. 3** **SERVIZIO BRAILLE** |  |  |  |  |

I dati riportati nel presente modulo saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196 del 2003 (Codice del trattamento dei dati personali) e dal Regolamento Europeo GDPR n. 679 del 2016, limitatamente allo svolgimento e alle finalità previste dal procedimento amministrativo, come da informativa visionabile all'indirizzo internet

<http://www.cittametropolitana.torino.it/cms/risorse/ifp/dwd/istruzione/Informativa_sul_trattamento_dei_dati_personali_Dipartimento_VA_marzo_2019.pdf>