**All 3 b**

**DIRITTO ALLO STUDIO L.R. 27/85**

**SERVIZIO ACQUISTO ATTREZZATURE DIDATTICO-SPECIALISTICHE**

**A.S. 2016/2017**

|  |  |
| --- | --- |
| **Comune** |  |
| Distretto scolastico |  |
| Responsabile procedimento |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| E-mail / PEC |  |

Tabella riepilogativa (a cura dei Comuni)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Codice Istituto** | **Denominazione Istituto** | **Tipologia Istituto** | **Numero alunni** **con disabilità** | **Costo complessivo****da preventivo****(compr. IVA)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Il Responsabile

Tabella a cura degli Istituti scolastici

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione Istituto scolastico** |  |
| **Codice IBAN** |  |
| **STUDENTI CON DISABILITA’** | **Tipologia di handicap** | **Attrezzatura didattico-specialistica****richiesta** | **Costo da preventivo****(compr. IVA)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

 **Costo complessivo da preventivo**

 Timbro e firma