*carta intestata soggetto attuatore*

Al Servizio

“Gestione, liquidazione degli interventi delle politiche educative, formative e per il lavoro e supporto all’Autorità di Gestione FSE”

***OPPURE***

All’OI di XXXXXXXX

Io sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di Legale Rappresentante del Soggetto Gestore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cod. Org. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, titolare dell’Operazione **RIF. PA n. 20xx-\_\_\_\_\_\_/RER**

**DICHIARO**

**consapevole della responsabilità assunta**

**CHE**

le attività laboratoriali svolte in presenza nel periodo rientrante nella presente Domanda di Rimborso non potevano essere svolte a distanza in quanto vi era necessità di strumentazioni e dispositivi specifici e che le stesse costituiscono parte integrante e sostanziale del percorso**.**

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_