

2024

ALLEGATO "B"

ALLA CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
Direzione Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali
PALERMO
PEC: politichesociali@cert.cittametropolitana.pa.it

OGGETTO : Servizi di integrazione Scolastica a.s. 2024/2025. Scelta dell'Ente accreditato per fruire del servizio di assistenza specialistica (segnare la voce richiesta dal G.L.O.):

- All'autonomia
- Alla comunicazione per non vedenti
- Alla comunicazione per non udenti

_____l_____ sottoscritt _____

nat_____ a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____ cap _____

tel e/o cell. _____

e-mail _____

genitore/tutore del minore _____

nato a _____ il _____

genitore/tutore del minore _____

nato a _____ il _____

prossimo a frequentare il _____ anno dell'Istituto Superiore di 2° grado (ex superiore)

_____ di _____

avendo preso visione dell'elenco degli Enti Accreditati *per l'erogazione del servizio di assistenza all'autonomia e del servizio di assistenza alla comunicazione per gli studenti con disabilità per l'anno scolastico 2024/2025* consapevole di poter operare **la scelta di un solo ente accreditato**;
consapevole, inoltre, che l'erogazione della prestazione richiesta, oltre ad essere vincolata alle risorse di Bilancio dell'Ente, sarà vincolata ai contenuti dell'art.6 della Legge Regionale 5 dicembre 2016 n. 24;

CHIEDE

per l'anno scolastico 2024/2025 l'erogazione *dei servizi specialisti volti all'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e precisamente*(segnare la voce richiesta dal G.L.O.):

- All'autonomia
- Alla comunicazione per non vedenti
- Alla comunicazione per non udenti

per se stess _____

per ___l___ propri___ figlio/a_____

per ___l___ maggiorenne, sottoposto a tutela_____

Inoltre, avendo preso visione di tutto il materiale informativo relativo al servizio di cui all'oggetto ed in particolare modo delle *Carte dei servizi* degli Enti accreditati, messo a disposizione dalla Direzione Politiche Sociali, Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo, e ritenuto di operare una scelta libera, consapevole ed esclusiva

DICHIARA DI

A) VOLER MANTENERE LA SCELTA DELL'ENTE EFFETTUATA L'ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE (2023/2024)

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

B) SCEGLIERE IN VIA ESCLUSIVA PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/2025

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

iscritto al *Registro provinciale degli Enti accreditati presso la Direzione Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Turismo, Cultura e Legalità, per la gestione dei servizi specialisti volti all'inclusione scolastica (assistenza all'autonomia e assistenza alla comunicazione) degli studenti con disabilità degli istituti superiori di secondo grado della Città Metropolitana di Palermo, di cui alla L.104/92*, quale Ente erogatore delle prestazioni scelte.

A tal fine allega :

- Fotocopia del documento d'identità del richiedente, in corso di validità.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che il termine ultimo per inoltrare l'istanza (a mezzo PEC della scuola) , è alle ore **14.00 del 29/06/2024.**

Infine, è consapevole che la presente richiesta **non** sarà presa in considerazione se incompleta.

Luogo e data _____
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lsg. 196/2003, dà il proprio consenso a che i dati personali raccolti siano trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa .

Luogo e data _____
Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)