



CITTÀ METROPOLITANA DI PALERMO
Direzione Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali

Servizio Politiche Sociali ed Integrazione Scolastica

PEC: politichesociali@cert.cittametropolitana.pa.it

OGGETTO : Accesso ai Servizi di Integrazione Scolastica a. s. 2024/2025

/// Prima domanda

/// Rinnovo domanda

(barrare un'alternativa)

Il sottoscritto _____ (cognome e nome)

cell. _____ telefono _____ E-MAIL _____

che esercita la potestà genitoriale dello/a studente/ssa: _____ (cognome e nome), nato/a il _____

Città o Stato estero di nascita _____

residente in Via _____ Cap _____ Città _____

iscritto/a nel prossimo a.s. alla classe ___ sez. ___ presso l'ISTITUTO (Nome) _____

Succursale di _____ (Città), Via _____

carrozzina Si // No //

EMAIL (obbligatoria per le comunicazioni) _____

CHIEDE (verbale G.L.O. del _____)

L'accesso al Servizio di :

/// Assistenza alla comunicazione per disabili sensoriali // Lis // Oralista // Braille

/// Assistenza all'autonomia

/// Trasporto casa / scuola e viceversa

A tal fine, il sottoscritto segnala che lo studente sopraindicato, il prossimo a.s. frequenterà:

- in **MANIERA RIDOTTA** rispetto al normale orario scolastico // si // no
- l'orario di frequenza settimanali dell'allievo/a con disabilità è di n° _____
- l'allievo seguirà una programmazione differenziata: // si // no

ALLEGA pertanto la seguente documentazione necessaria per accedere al Servizio :

- Verbale di accertamento dell'handicap, art. 3 comma 3 L. 104/92, in corso di validità redatto dalla Commissione Medica L. 104/92 dell'A.S.P., valido per il prossimo a. s.; per i disabili sensoriali o la certificazione su indicata oppure: per i sordi certificazione specialistica ai sensi della L. 381/70, per i ciechi certificazione specialistica ai sensi della L. 382/70;
- Fotocopia del documento d'identità valido del dichiarante;
- Verbale G.L.O. completo;
- PEI (piano educativo individualizzato) e PDF (profilo dinamico funzionale) validi per il prossimo a. s.

Se l'alunno maggiorenne è interdetto/inabilitato oppure fruisce dell'amministratore di sostegno produrre copia di tale documentazione e documento di identità di persona a cui è stata assegnata la forma di tutela .

Eventuali ulteriori comunicazioni _____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'Art. 76 del D. P. R. 445 del 28-12-2000, ai sensi dell'Art. 46 D. P.R. 445 del 28-12-2000 e del fatto che sui dati sopra dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi della normativa vigente, ed autorizza il trattamento dei dati sia personali che sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 e ss.mm.ii.(vedi informativa sulla privacy inviata dal Servizio)

Data _____

Per presa visione IL Dirigente Scolastico

Per accettazione,

il genitore/curatore/tutore/amministratore di sostegno

(cancellare la voce che non interessa)