



CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

DIREZIONE POLITICHE SOCIALI, PUBBLICA ISTRUZIONE, POLITICHE GIOVANILI,
SPORT – ATTIVITA' PRODUTTIVE, CULTURA, TURISMO

UFFICIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA E DISABILITA' SENSORIALE

Via ROMA n.19, 90133 PALERMO – Tel. 091/6628074 –

PEC: politichesociali@cert.provincia.palermo.it

Ai Dirigenti Scolastici
degli Istituti Superiori di Secondo Grado

OGGETTO: servizio di assistenza all'autonomia ed alla comunicazione per gli alunni con disabilità. Comunicazione Enti iscritti nel Registro dei servizi specialistici della Città Metropolitana di Palermo.

Si comunica che a seguito della procedura per l'accreditamento degli Enti da iscrivere nel Registro, questa Direzione ha provveduto alla selezione degli Enti da accreditare.

Pertanto si trasmette l'elenco di tali Enti, la sintesi degli ambiti territoriali distinti per servizi, lo schema della domanda per la scelta dell'ente da parte del genitore e la carta dei servizi dei vari Enti accreditati.

Pertanto, si invita la scuola a comunicare alle famiglie tale provvedimento, fornendo alle stesse la domanda per la scelta dell'Ente accreditato, che si allega alla presente nota.

Si chiede inoltre alle SS.LL. un'ulteriore collaborazione nella trasmissione delle istanze, che dovranno pervenire via PEC a questa Direzione.

La domanda, debitamente compilata e firmata, deve essere trasmessa, a questo Ufficio entro e non oltre le ore 12,00 del 21/09/2017.

Si allega alla presente elenco degli alunni con disabilità, che rientrano tra i beneficiari dei servizi specialistici.

Certi di una Vostra sollecita collaborazione.

Si porgono Distinti Saluti

Il Responsabile del procedimento
D.ssa Francesca Carrano

Il Dirigente
Dott. Filippo Spallina

Il Responsabile dell'Ufficio

• D.ssa Michela Scalfani

Parte integrante della D.D. n. 319... del 14-09-2017

RISULTANZE COMMISSIONE di cui alla D.D. n.....del

relative all'iscrizione nel Registro degli Enti accreditati , presso la Direzione Politiche Sociali della Città Metropolitana di Palermo, per i servizi di assistenza specialistica in favore di studenti disabili frequentanti gli Istituti Superiori di 2° grado .Anno scolastico 2017/2018

Ente	Richiesta Servizio di assistenza alla autonomia	Richiesta Servizio di assistenza alla comunicazione	Esito	Numero identificativo
Coop. Soc. Onlus "Socio Culturale" Venezia Marghera	Tutti gli ambiti territoriali	Tutti gli ambiti territoriali	Accoglimento	1/sez.A./sez.B: B1/B2
Soc.Coop. Soc. a r.l."Armonia " Castelbuono	Ambito territoriale n. 2	Ambiti territoriale B	Accoglimento	2/sez.A./sezB: B1/B2
Soc. Coop., Soc. "Iside " Carini	Tutti gli ambiti territoriali	Tutti gli ambiti territoriali	Accoglimento	3/sez.A./sez.B: B1/B2
Coop. Soc. Onlus"Nuova SAIR " Roma	Tutti gli ambiti territoriali	=====	Accoglimento	4/sezA.
Soc. Coop. Soc. "Nido d'Argento" Partinico	Tutti gli ambiti territoriali	Tutti gli ambiti territoriali	Accoglimento	5/sez.A./sez.B.: B1/B2
Soc.Coop. Soc. a r.l."Azione Sociale" Caccamo	Tutti gli ambiti territoriali	Tutti gli ambiti territoriali	Accoglimento	6/sezA./sez.B: B1/B2
Soc.Coop. Soc. a r.l. "Amanthea " Caccamo	Tutti gli ambiti territoriali	Tutti gli ambiti territoriali	Accoglimento	7/sez.A./sez.B: B1/B2
Soc. Coop.Soc. Onlus"Segni di Integrazione"	Tutti gli ambiti territoriali	Tutti gli ambiti territoriali	Accoglimento per il servizio di assistenza alla comunicazione. Non accoglimento per il servizio di assistenza alla autonomia	8/sez.B: B1/B2

LA COMMISSIONE

Il Presidente Dott.Filippo Spallina

Componente Dott.ssa Carrano Francesca

Componente Dott. Difrancantonio

Componente Dott.ssa Sclafani Michela

Legenda: sezione A – assistenza all'autonomia

sezione B- assistenza alla comunicazione: B1- per disabili uditivi, B2 per disabili visivi.

ALLA CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
Direzione Politiche Sociali,
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili,
Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo
Via Maqueda 100
90134 PALERMO

OGGETTO : Servizi di integrazione Scolastica a.s. 2017/2018. Scelta dell'Ente accreditato per fruire del servizio di assistenza specialistica (segnare la voce richiesta dal GLIS):

- 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 2017/2018

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 **2017/2018** l'erogazione *dei servizi specialisti volti all'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e precisamente (segnare la voce richiesta dal GLIS):*

- 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 particolar 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 SCEGLIERE IN VIA ESCLUSIVA

l'Ente _____ sito in _____
via _____ n. _____ tel. _____

iscritto al *Registro provinciale degli Enti accreditati presso la Direzione Politiche Sociali Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo, 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 ,con corriere, consegnata *brevi manu* esclusivamente all'Archivio della Città Metropolitana di Palermo) , è alle ore **12.00 del 21/09/2017**.

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)