



CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
DIREZIONE POLITICHE SOCIALI PUBBLICA ISTRUZIONE POLITICHE GIOVANILI SPORT ATTIVITA' PRODUTTIVE
CULTURA TURISMO
Ufficio Integrazione Scolastica - Disabilità Sensoriale

Via ROMA n.19, 90133 PALERMO – Tel. 091/6628903 Fax 091/6628803/8675 –

PEC: politichesociali@cert.cittametropolitana.pa.it

Alle Famiglie degli studenti con disabilità

Oggetto . Comunicazione .

Si informa che a far data dal 07/01/2018 il servizio di assistenza igienico personale verrà erogato con il sistema dell'accreditamento I.328/00 pertanto gli interessati potranno scegliere l'ente accreditato con l'apposito modulo . Per eventuali chiarimenti sono disponibili i seguenti n. 091 6628153

Il Responsabile del procedimento e dell'Ufficio

Dott.ssa Michela Sclafani

Il Dirigente
Dott. Filippo Spallina

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. 2018/2019. Scelta dell'Ente accreditato per fruire del servizio di assistenza igienico personale:

Il 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 maggiorenne _____ 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 igienico personale per gli studenti con disabilità per l'anno scolastico 2018/2019;
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 **2018/2019** l'erogazione **del servizio di assistenza igienico personale:**

per se stess _____

per 1 propri figlio/a _____

per 1 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 PER L'ANNO SCOLASTICO 2018/2019

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

iscritto all'*Albo degli Enti accreditati presso la Direzione Politiche Sociali Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo, per la gestione del servizio di assistenza igienico personale per gli 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.

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)