

ALLA DIREZIONE POLITICHE SOCIALI E GIOVANILI  
Provincia Regionale di Palermo  
Via Roma 19, PALERMO

**OGGETTO: Scelta della Ditta accreditata per il Servizio di assistenza alla comunicazione scolastica in favore di studenti con handicap sensoriale (audiolesi) per l'a.s. 2010/2011, periodo 01.10.2010/22.12.2010.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (prov. ) il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ esercente la potestà genitoriale sul

minore \_\_\_\_\_ nato /a il

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ che

nell' anno scolastico 2010/2011 frequenta l'Istituto (nome completo)

\_\_\_\_\_ succursale di via \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

**Preso visione della documentazione informativa posta a disposizione dalla Direzione Politiche Sociali e Giovanili della Provincia Regionale di Palermo relativa al servizio indicato in oggetto, e delle carte dei servizi prodotte dalle Ditte accreditate, iscritte nel Registro Provinciale;**

**DICHIARA DI SCEGLIERE**

La Ditta \_\_\_\_\_,

con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

iscritta al Registro Provinciale degli Enti accreditati, per l'espletamento del servizio di assistenza alla comunicazione in ambito scolastico per l'anno 2010 /2011, periodo 01.10.2010/22.12.2010 in favore del/i \_\_\_\_\_ propri0/i figlio/i

Allega alla presente fotocopia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**F I R M A**

\_\_\_\_\_