

ALLA PROVINCIA REGIONALE DI PALERMO
oggi Libero Consorzio ai sensi della L.r.n.8/2014
Direzione Politiche Sociali,
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili,
Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo
Via Maqueda 100
90134 PALERMO

**OGGETTO : richiesta Convitto a.s. 2015/2016 e scelta
dell'Ente accreditato presso cui fruire della prestazione**

___l___ sottoscritt _____
nat___ a _____ il _____
residente in _____
via _____ n. _____ cap _____
tel e/o cell. _____
e-mail _____

(barrare la dizione che interessa)

cieco

ipovedente grave

sordo

ipoudente

genitore/tutore del minore cieco _____ nato
a _____ il _____

genitore/tutore del minore ipovedente _____ nato
a _____ il _____

genitore/tutore del minore sordo _____ nato
a _____ il _____

genitore/tutore del minore ipoudente _____ nato
a _____ il _____

prossimo a frequentare il _____ anno di :
(barrare la dizione che interessa)

scuola dell'infanzia (ex materna)

scuola primaria (ex elementare)

scuola secondaria di primo grado (ex media)
scuola secondaria di secondo grado (ex superiore) (specificare)

_____ corso professionale con rilascio di attestato con valore legale ed organizzato da enti di formazione accreditati (specificare)

_____ Università (specificare)

_____ altro (specificare) _____

avendo preso visione dell'Avviso pubblico *per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali a persone cieche o ipovedenti gravi e sorde per l'anno scolastico/accademico 2015/2016* ed in particolar modo del contenuto dell'art. 2 - **Costi delle prestazioni** - e che pertanto è **consapevole che la prestazione richiesta comporterà obbligo di compartecipazione al costo nel caso delle fattispecie di cui al citato art.2;**

consapevole di poter operare **la scelta di un solo ente accreditato e di un solo tipo di prestazione** e che la presentazione della presente istanza **non obbliga in alcun modo la Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio ad erogare la prestazione richiesta;**

consapevole, inoltre, che l'erogazione della prestazione richiesta, oltre ad essere vincolata alle risorse di Bilancio dell'Ente, sarà vincolata ai contenuti della L.r.n.8/2014;

CHIEDE

per la prima volta **SI** **NO**

per l'anno scolastico **2015/2016** l'erogazione delle prestazioni relative al **Servizio di Convitto** di cui all'art. 1 dell'Avviso citato

per se stess _____

per ___l___ propri___ figli___

per ___l___ propri___ pupill___

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 Giovanili Pubblica Istruzione Pari Opportunità, 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 e Giovanili per le attività in favore dei disabili sensoriali relative all'assistenza scolastica integrativa di cui alla L.r. 33/91* quale struttura dove fruire delle prestazioni scelte.

A tal fine allega :

1. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi del D.P.R. 445/2000, attestante la situazione familiare e la residenza in sostituzione dello stato di famiglia e del certificato di residenza MOD. A;
2. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di disabilità sensoriale MOD B per ciechi ed ipovedenti gravi, MOD C per sordi. Se il beneficiario è in attesa di riconoscimento di invalidità, aggiungere alla dichiarazione anche la fotocopia del Certificato medico, rilasciato da Struttura Sanitaria Pubblica, attestante la disabilità accompagnata dalla Dichiarazione di conformità all'originale di copia MOD. D;
3. Fotocopia dell'Attestazione ISEE della situazione reddituale e patrimoniale anno 2014 (o in alternativa ISEE 2013 sentenze TAR Lazio n. 2454/15; 2458/15; 2459/15) di tutti i componenti del nucleo familiare accompagnata da Dichiarazione di conformità all'originale di copia MOD. E (per i convivitori qualunque sia il grado e l'indirizzo d'istruzione);
4. Fotocopia di uno dei seguenti documenti : Diagnosi funzionale oppure Profilo dinamico funzionale oppure Piano Educativo Individuale, quest'ultimo può essere rilasciato anche dall'Ente accreditato scelto purché obbligatoriamente avallato da un medico di una Struttura Sanitaria Pubblica accompagnata da Dichiarazione di conformità all'originale di copia MOD. F (solo per studenti della scuola dell'obbligo e i bambini frequentanti l'asilo nido e la scuola dell'infanzia).
5. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di iscrizione scolastica MOD.G
6. Nulla Osta all'accoglienza rilasciato dall'Ente accreditato scelto su ALLEGATO C
7. Fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale sia del richiedente che dell'utente minorenni o interdetto.

Dichiara di essere consapevole che, a seguito di verifiche poste in essere dalla Provincia / Libero Consorzio, potrà essere richiesta documentazione comprovante e/o integrante.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che il termine ultimo per inoltrare l'istanza (a mezzo posta, con corriere, consegnata *brevi manu* **esclusivamente all'Archivio della Provincia/Libero Consorzio**) corredata dalla sopra elencata documentazione, è alle ore 12.00 del 20/08/2015.

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)