

ALLA PROVINCIA REGIONALE DI PALERMO
oggi Libero Consorzio ai sensi della L.r.n. 8/2014
Direzione Politiche Sociali Giovanili Pubblica
Istruzione Pari Opportunità
Via Maqueda 100
90134 PALERMO

OGGETTO : richiesta attività extrascolastiche integrative a.s. 2014/2015 e scelta dell'Ente accreditato presso cui fruire della prestazione

_____ I _____ sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____ cap _____

tel e/o cell. _____

(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)

- asilo-nido
- 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 2014/15* 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 **2014/2015** l'erogazione delle prestazioni relative alle **Attività Extrascolastiche Integrative** di cui all'art. 1 dell'Avviso citato

per se stessi

per 1 propri figli

per 1 propri pupilli

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 :



Allegato B3

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 2013 di tutti i componenti del nucleo familiare accompagnata da Dichiarazione di conformità all'originale di copia MOD. E (escluso per gli studenti della scuola dell'obbligo ma necessario per i bambini frequentanti l'asilo nido e la scuola dell'infanzia);
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 Regionale di Palermo, 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) corredata dalla sopra elencata documentazione, è alle ore 12.00 del 18/08/2014 e che l'istanza non potrà essere presentata prima del 28/07/2014, data in cui sarà possibile consultare l'elenco aggiornato degli enti accreditati.

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)

