



PROVINCIA REGIONALE DI PALERMO
oggi Libero Consorzio ai sensi della L.r. n. 8/2014

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

Via Roma n.19 – 90133 PALERMO

AVVISO PUBBLICO

**per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali
a persone cieche o ipovedenti gravi e sorde
anno scolastico / accademico 2015/2016**

La Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio ai sensi della L.r. n.8/2014, in ottemperanza all'art. 12 della L.r. n.33/91 ed ai sensi del **Regolamento per l'erogazione di servizi ed interventi di assistenza scolastica integrativa ai ciechi e sordi rieducabili**, approvato con Deliberazione Consiliare n. 0023/2/C dell'11/02/2002, di seguito denominato "Regolamento" promuove interventi socio-assistenziali, **erogabili attraverso la stipulazione di appositi contratti di servizi con Enti pubblici e privati** accreditati presso la Direzione Politiche Sociali, Giovanili Pubblica Istruzione e Pari Opportunità, finalizzati a favorire lo sviluppo della personalità e l'integrazione sociale delle persone cieche o ipovedenti gravi e sorde.

Con D.D. n. 320 del 22/08/2011 è stato istituito il **Registro provinciale degli Enti accreditati presso la Direzione Politiche Sociali e Giovanili per le attività in favore di disabili sensoriali (ciechi e sordi) relative all'assistenza scolastica integrativa.**

L'istituzione di tale Registro è finalizzata al **riconoscimento dello status potenziale erogatore di prestazioni** - per lo svolgimento dei servizi oggetto de



presente avviso.

Con tale riconoscimento, l'Ente accreditato viene dichiarato *capace ed adeguato allo svolgimento dei servizi del welfare pubblico*, avendogli riscontrato un know-how frutto di esperienza, risorse umane e strumentali, nonché di idoneità della sede operativa, necessario alla realizzazione delle attività richieste.

Pertanto, **saranno direttamente gli utenti a scegliere l'ente da cui fruire delle prestazioni richieste tra quelli accreditati e iscritti nel suddetto Registro.**

L'elenco degli enti accreditati e le relative Carte dei servizi con eventuale altro materiale divulgativo sono consultabili direttamente presso la Direzione Politiche Sociali, Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo o nel sito [www.provincia.palermo.it/aree tematiche/Politiche Sociali/](http://www.provincia.palermo.it/aree_tematiche/Politiche_Sociali/) Link "In Evidenza" / Avviso pubblico.

ART. 1 - PRESTAZIONI EROGATE

Il presente Avviso rende noto i requisiti e le modalità d'accesso per le prestazioni da erogare per **l'anno scolastico/ accademico 2015/2016 salvo gli effetti dell'attesa legge di riforma degli Enti Locali in Sicilia e della L.r. n. 8/2014 con i connessi livelli di copertura finanziaria, che potrebbero incidere sia sulla modalità di erogazione dei servizi , sia sul costo delle rette.**

Gli interventi socio-assistenziali che saranno erogati per mezzo di un contratto di servizio sono previsti dall'art. 3 del Regolamento di cui in premessa, e precisamente :

- **Assistenza in regime di convitto**
- **Assistenza in regime di semiconvitto**
- **Attività extrascolastiche integrative**

Ai sensi dell'art. 7 del Regolamento "*l'assistenza finalizzata all'istruzione, sia in regime di convitto che di semiconvitto, concerne l'ammissione dei soggetti aventi diritto in istituti specializzati*" per la disabilità sensoriale debitamente convenzionati con la Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio.

Pertanto, l'Ente accreditato e sottoscrittore del contratto di servizio, nell'ambito dell' **Assistenza in regime di convitto**, ovvero accoglienza di tipo residenziale in struttura articolata in spazi polivalenti, avrà l'obbligo di erogare per ogni singolo convivente il seguente livello minimo di prestazioni :

- soggiorno residenziale con pernottamento presso i locali dell'Ente accreditato;
- idonea assistenza e vigilanza notturna;



Parte integrante della D.D. n. 310 del 24/04/2015

- vitto giornaliero, consistente in prima colazione, spuntino, pranzo, merenda e cena, secondo le tabelle dietetiche ed il menù approvati dall'Autorità Sanitaria competente;
- servizio di lavanderia e stireria;
- assicurare la frequenza di un corso di studio (scuola, Università, corso professionale con rilascio di attestato con valore legale ed organizzato da enti di formazione accreditati, etc...) con trasporto "per" e "da" la sede di studio, qualora essa non fosse interna all'Ente accreditato;
- assicurare la fruizione di tutte le necessarie attrezzature, impianti tecnici, sussidi didattici di uso individuale e collettivo in dotazione dell'Ente accreditato;
- doposcuola con l'assistenza di educatori specializzati a sostegno dell'apprendimento, anche con laboratori *ad hoc*;
- assicurare la partecipazione ad attività extrascolastiche (quali attività ludico-ricreative, sportive, culturali, etc...) organizzate dall'Ente accreditato. **Non si considereranno a carico della Provincia/Libero Consorzio prestazioni la cui erogazione è per legge già a carico di altri Enti pubblici;**
- assistenza medico-sanitaria generica e specialistica assicurata da personale specializzato interno o in convenzione oppure dal Servizio Sanitario Nazionale;
- assicurare adeguate condizioni igienico-sanitarie dei locali;
- produrre il programma di massima delle attività dopo il primo mese di attività ed entro il secondo;
- produrre il Piano Educativo Individualizzato (PEI) per ogni singolo utente dopo il primo mese di attività.

L'Ente accreditato e sottoscrittore del contratto di servizio, nell'ambito dell'**Assistenza in regime di semiconvitto**, ovvero accoglienza di tipo semiresidenziale in struttura articolata in spazi polivalenti, avrà l'obbligo di erogare per ogni singolo semiconvittore il seguente livello minimo di prestazioni :

- permanenza presso la sede dell'Ente all'interno della fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 18.00 , salvo esigenze scolastiche e di studio diverse;
- trasporto: all'andata dall'abitazione e/o dalla scuola alla sede dell'Ente e al ritorno dalla sede dell'Ente all'abitazione;
- vitto giornaliero, consistente in pranzo e merenda, secondo le tabelle dietetiche ed il menù approvati dall'Autorità Sanitaria competente;
- assicurare la frequenza di un corso di studio (scuola, Università, corso professionale con rilascio di attestato con valore legale ed organizzato da enti di formazione accreditati, etc...);
- assicurare la fruizione di tutte le necessarie attrezzature, impianti tecnici, sussidi didattici di uso individuale e collettivo in dotazione dell'Ente accreditato;
- doposcuola con l'assistenza di educatori specializzati a sostegno dell'apprendimento, anche con laboratori *ad hoc*;
- assicurare la partecipazione ad attività extrascolastiche (quali attività ludico-ricreative, sportive, culturali, etc...) organizzate dall'Ente accreditato. **Non si considereranno a carico della Provincia/Libero**



Parte integrante della D.D. n. 310 del 24/04/2015

Consorzio prestazioni la cui erogazione è per legge già a carico di altri Enti pubblici;

- assicurare adeguate condizioni igienico-sanitarie dei locali;
- produrre il programma di massima delle attività dopo il primo mese di attività ed entro il secondo;
- produrre il Piano Educativo Individualizzato (PEI) per ogni singolo utente dopo il primo mese di attività.

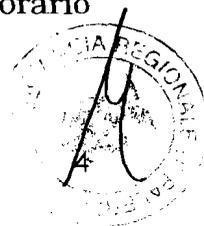
Il servizio di Semiconvitto, vincolato alle risorse di Bilancio e/o a scelte strategiche della Provincia/Libero Consorzio, potrebbe essere d'Ufficio convertito in Attività extrascolastiche o essere erogato con modalità di selezione, successivamente individuate dall'Amministrazione, di cui sarà resa edotta l'utenza e gli enti interessati.

Ai sensi dell'art. 5 del Regolamento, le Attività extrascolastiche integrative sono *"attività che, in sinergia con l'azione della scuola, possono contribuire all'abbattimento delle barriere della comunicazione (...) per mezzo del sostegno scolastico. Inoltre, sono (...) da intendersi come attività extrascolastiche quelle fisico-sportive, culturali, teatrali, musicali e di ritmica corporea, ricreative, etc..."*

L'Ente accreditato, nell'ambito delle **Attività extrascolastiche integrative**, ovvero azioni e/o progetti che mirano a completare la formazione e/o a sostenere aree di criticità nell'apprendimento, avrà l'obbligo di erogare per ogni singolo utente il seguente livello minimo di prestazioni:

- permanenza presso la sede dell'Ente per almeno 3 ore giornaliere (possibilmente pomeridiane) e comunque all'interno della fascia oraria dalle ore 8.00 alle ore 19.00;
- trasporto dall'abitazione alla sede dell'Ente e viceversa;
- assicurare la fruizione di tutte le necessarie attrezzature, impianti tecnici, sussidi didattici di uso individuale e collettivo in dotazione dell'Ente accreditato;
- doposcuola con l'assistenza di educatori specializzati a sostegno dell'apprendimento, anche con laboratori *ad hoc*;
- assicurare la partecipazione ad almeno tre delle seguenti attività extrascolastiche : attività ludico-ricreative, sportive, culturali, teatrali , arteterapia, musicoterapica, etc... organizzate dall'Ente accreditato. **Non si considereranno a carico della Provincia/Libero Consorzio prestazioni la cui erogazione è per legge già a carico di altri Enti pubblici;**
- assicurare adeguate condizioni igienico-sanitarie dei locali;
- produrre il programma di massima delle attività dopo il primo mese di attività ed entro il secondo;
- produrre il Piano Educativo Individualizzato (PEI) per ogni singolo utente dopo il primo mese di attività.

Dette attività saranno erogate preferibilmente in orario pomeridiano. In presenza di particolari esigenze dell'utenza, potranno essere erogate in orario antimeridiano.



Per casi limitati con comprovata esigenza , possono essere autorizzati progetti personalizzati da svilupparsi anche presso il domicilio dell'utente secondo la procedura di cui D.D. n.274/2014, senza ulteriori oneri per la Provincia/Libero Consorzio.

Inoltre, in presenza di risorse di Bilancio e a titolo sperimentale, in misura non superiore al 5% di tutta l'utenza, potranno essere valutate progettazioni particolari per utenti pluriminorati. Tali progettazioni saranno vagliate dal Servizio Sociale della Provincia/Libero Consorzio.

Tutte le prestazioni descritte nel presente articolo avranno la durata dell'anno scolastico così come definito dal calendario della Regione Sicilia.

In ogni caso, gli utenti potranno fruire di una sola tipologia di prestazioni erogate e potranno scegliere un solo ente erogatore.

ART. 2 - COSTI DELLE PRESTAZIONI

Per le prestazioni di cui al presente Avviso, la Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio corrisponderà agli Enti accreditati e sottoscrittori del contratto di servizio le seguenti rette pro capite omnnicomprensive:

Tipologia di prestazione	Retta giornaliera
Convitto	€ 47,87
Semiconvitto	€ 34,42
Attività extrascolastiche	€ 18,34

La prestazione **convittuale** comporterà , qualunque sia l'ordine e il grado di indirizzo di studio scelto , obbligo di compartecipazione al costo del servizio da parte dell'utente o della famiglia, qualora l'indicatore della situazione economica equivalente(ISEE)relativo ai redditi 2014 sia superiore ai limiti di reddito indicati nella sottostante tabella, così come previsto dal Regolamento di cui all'art. 1 e alla normativa vigente.



Limiti di reddito per l'accesso gratuito ai Servizi Sociali - anno 2015

(Decreto Assessore Regionale agli Enti Locali n. 867/S7 del 15/04/2003)

Base di calcolo: trattamento minimo pensioni INPS lavoratori dipendenti, pari per il 2015 ad euro 6.524,57

(Circolare INPS n.11 del 23/01/2015)

Nucleo familiare con 1 componente:	6.524,57 x 50 % = euro	9.786,85
Nucleo familiare con 2 componenti:	6.524,57 x 100 % = euro	13.049,14
Nucleo familiare con 3 componenti:	6.524,57 x 135 % = euro	15.332,73
Nucleo familiare con 4 componenti:	6.524,57 x 170 % = euro	17.616,33
Nucleo familiare con 5 componenti:	6.524,57 x 205 % = euro	19.899,93
Nucleo familiare con 6 componenti:	6.524,57 x 240 % = euro	22.183,53

Anche per le prestazioni relative al **semiconvitto** e alle **attività extrascolastiche**, qualora l'ISEE sia superiore ai limiti di reddito indicati in tabella, fatta eccezione per i frequentanti la scuola dell'obbligo (L.r.33/91), sarà richiesta la compartecipazione per tutti i soggetti fruitori del servizio.

La quota di compartecipazione sarà calcolata nel limite del 5% per ogni eccedenza pari ad € 516,00 al limite del reddito.

Tale differenza di costo sarà a carico dell'utente o della sua famiglia che provvederà al pagamento della differenza di retta direttamente all'Ente accreditato e di cui la Provincia/libero Consorzio non risponde in alcun modo.

Inoltre, l'utente - o la sua famiglia - che farà ricadere la propria scelta su un Ente pubblico o IPAB accreditato che abbia rette superiori a quelle di cui al presente articolo, fermo restando l'eventuale compartecipazione, **la differenza di costo sarà a carico dell'utente o della sua famiglia qualunque sia il reddito.**

Il fruitore provvederà al pagamento della differenza di retta direttamente all'Ente accreditato che non vanterà altri crediti nei confronti della Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio.

Come richiamato al primo comma dell'art.1, le rette potranno subire un eventuale aumento non superiore al 30 %



ART. 3 - DESTINATARI DELLE PRESTAZIONI

I destinatari delle prestazioni di cui all'art.1 del presente Avviso sono **i ciechi e gli ipovedenti gravi con residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione** così come individuati dalla legge n. 138/2001 e **i sordi e i soggetti affetti da ipoacusia se minori di anni 12, pari o superiore a 60 dB di media tra le frequenze 500,1000,2000 Hz, se maggiore di anni 12, pari o superiore a 75 dB, ipoacusia riferita all'orecchio migliore senza eventuale protesi** ai sensi della legge n. 381/70 e dei D.M. Sanità 5/2/92 e D.M. Sanità 14/6/94, **residenti nel territorio della Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio ai sensi della L.r. n. 8/2014**, che ai sensi dell'art. 12 della L.r. 33/91 **debbano assolvere all'obbligo scolastico o desiderino una formazione professionale, e, nel caso sussista lo stato di povertà, aspirino al conseguimento di un altro titolo di istruzione media di secondo grado, artistica ed universitaria** .

Per quanto riguarda la formazione professionale, essa deve essere assicurata dalla frequenza ad un corso con rilascio di attestato con valore legale ed organizzato da enti di formazione accreditati. Inoltre, segue i limiti d'età previsti dalla normativa di settore e comunque non oltre il limite massimo del **compimento del 45° anno d'età**.

Rientrano tra i destinatari delle prestazioni i **disabili pluriminorati** con disabilità sensoriale come sopra individuata.

ART. 4 - PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

Le prestazioni di cui all'art. 1 sono erogate a seguito di istanza dell'interessato, se maggiorenne, o dal genitore/tutore se minorenni o interdetto/inabilitato, redatto nella modulistica allegata al presente Avviso ed individuata con le abbreviazioni Allegati B1, B2, B3, **corredata dalla documentazione di seguito elencata e dalla scelta dell'Ente accreditato presso cui fruire della prestazione**.

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 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 obbligatorio per i bambini frequentanti l'asilo nido e la scuola dell'infanzia e per i convittori qualunque sia il grado ed indirizzo di istruzione);
4. Fotocopia di uno dei seguenti documenti : Diagnosi funzionale oppure Profilo dinamico funzionale oppure Piano Educativo Individuale, quest'ultimo può essere rilasciato dall'Ente accreditato scelto purché obbligatoriamente avallato da un medico



Parte integrante della D.D. n. 310 del 24/08/2015 -

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 minorenne o interdetto.

A seguito di verifiche poste in essere dalla Provincia Regionale di Palermo/Libero Consorzio, potrà essere richiesta documentazione comprovante e/o integrante.

Le istanze, redatte esclusivamente sugli appositi moduli (scaricabili dal sito www.provincia.palermo.it sezione **AVVISI** o nel sito [www.provincia.palermo.it/aree tematiche/Politiche Sociali/ Link "In Evidenza" / Avviso pubblico](http://www.provincia.palermo.it/aree_tematiche/Politiche_Sociali/Link_In_Evidenza_Avviso_pubblico)), dovranno pervenire esclusivamente all'Archivio della **Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio**, Via Maqueda 100, Cap 90134 PALERMO, entro le **ore 12,00 del 20/08/2015** - a mezzo posta, con corriere, consegnata *brevi manu* - corredata dalla documentazione richiesta.

ART. 5 - ADEMPIMENTI

Le istanze pervenute saranno valutate dalla Direzione Politiche Sociali, Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività produttive, Cultura, Turismo che darà comunicazione agli interessati - anche attraverso gli enti accreditati scelti - dell'esito del procedimento prima dell'avvio dell'anno scolastico.

La presentazione dell'istanza non obbliga in alcun modo la Provincia Regionale di Palermo oggi Libero Consorzio ad erogare le prestazioni di cui al presente Avviso .

Come già ripreso nell'art. 1, l'erogazione delle prestazioni di cui al presente Avviso sarà vincolata alle risorse di Bilancio dell'Ente e sarà, altresì, vincolata ai contenuti della L.r. n. 8/2014 e dell'attesa legge di riforma degli Enti Locali in Sicilia .

Responsabile del Procedimento : Dott.ssa Concetta Nigrelli Tel. 091/ 6628893

Responsabile dell'Ufficio: Dott.ssa Donatella Fernandez 091/6628903

Direzione Politiche Sociali Giovanili, Pubblica Istruzione Pari Opportunità,

Via Roma n. 19 - Palermo

Per ulteriori informazioni contattare i numeri 091/6628892 - FAX 091/6628803


IL DIRIGENTE
Dott. Filippo Spallina

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 stessi

per i propri figli

per i 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 B1

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 conviventi 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 minorenne 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)

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 Semiconvitto a.s. 2015/2016 e scelta dell'Ente accreditato presso cui fruire della prestazione

Il 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 che il servizio di Semiconvitto, vincolata alle risorse di Bilancio, potrebbe essere d'Ufficio convertito in Attività extrascolastiche o essere erogato con modalità di selezione, successivamente individuate dall'Amministrazione di cui sarà resa edotta l'utenza interessata;

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 Semiconvitto** di cui all'art. 1 dell'Avviso citato

per se stess _____

per ___1___ propri ___figli___

per ___1___ 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 (escluso per gli studenti della scuola dell'obbligo ma necessario per i bambini frequentanti 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 /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)

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 attività extrascolastiche integrative 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 alle **Attività Extrascolastiche Integrative** di cui all'art. 1 dell'Avviso citato

per se stessi

per i propri figli

per i 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. _____

Allegato B3

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 (escluso per gli studenti della scuola dell'obbligo ma necessario per i bambini frequentanti 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 minorenne 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 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)

Parte integrante della D.D. n. 310 del 24/04/2015.

ALLEGATO C

LOGO ENTE

Protocollo d'uscita

Relativamente alla capacità recettiva dell'Ente, NULLA OSTA all'accoglienza per l'anno scolastico **2015/16** del Sig. / minore _____
nato a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
al servizio di _____ (specificare Convitto/
Semiconvitto/ Attività Extrascolastiche).

Data _____

Firma del Legale Rappresentante e timbro

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI RESIDENZA E COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE
(ART. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ () il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

di essere residente a _____

che il proprio **nucleo familiare** è così composto

	Relazione Parentale	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita
1				
2				
3				
4				
5				
6				

MOD.A

7				
8				
9				
10				

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)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI DISABILITA' SENSORIALE VISIVA
(ART. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ () il _____
residente a _____
in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

(barrare la dizione che interessa)

- di essere **cieco totale** ai sensi dell'art. 2 della L.138/2001
- di essere **cieco parziale** ai sensi dell'art. 3 della L.138/2001
- di essere **ipovedente grave** ai sensi dell'art. 4 della L.138/2001
- di essere **in attesa di riconoscimento di invalidità civile di cecità** e che il proprio residuo visivo è pari a _____ (allegare obbligatoriamente certificazione medica rilasciata da Struttura Sanitaria Pubblica)
- che il proprio figlio minore/pupillo _____ nato a _____ il _____ è **cieco totale** ai sensi dell'art. 2 della L.138/2001

MOD.B

che il proprio figlio minorenn/pupillo _____ nato
a _____ il _____ è **cieco parziale**
ai sensi dell'art. 3 della L.138/2001

che il proprio figlio minorenn/pupillo _____ nato
a _____ il _____ è **ipovedente**
grave ai sensi dell'art. 4 della L.138/2001

che il proprio figlio minorenn/pupillo _____ nato
a _____ il _____ è **in attesa di**
riconoscimento di invalidità civile di cecità e che il suo residuo visivo è pari a
_____ (allegare obbligatoriamente certificazione medica rilasciata da Struttura Sanitaria Pubblica)

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)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
DI DISABILITA' SENSORIALE UDITIVA
(ART. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ () il _____
residente a _____
in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

(barrare la dizione che interessa)

di essere **sordo** ai sensi dell'art. 1 della L.381/1970 e dei DM Sanità 5/2/92 e DM Sanità 14/6/94

di essere **in attesa di riconoscimento di invalidità civile di sordità** e di avere una perdita uditiva pari o superiore a 75 dB di media tra le frequenze 500-1000-2000 Hz nell'orecchio migliore (allegare obbligatoriamente certificazione medica rilasciata da Struttura Sanitaria Pubblica)

che il proprio figlio minorenn/pupillo _____ nato a _____ il _____ è **sordo** ai sensi dell'art. 1 della L.381/1970 dei DM Sanità 5/2/92 e DM Sanità 14/6/94

che il proprio figlio minorenn/pupillo _____ nato a _____ il _____ **minore di anni 12** è **in attesa di riconoscimento di invalidità civile di sordità** e di avere una perdita uditiva pari

MOD.C

o superiore a 60 dB di media tra le frequenze 500-1000-2000 Hz nell'orecchio migliore (allegare obbligatoriamente certificazione medica rilasciata da Struttura Sanitaria Pubblica)

che il proprio figlio minore/pupillo _____ nato
a _____ il _____ **che ha già**
compiuto di anni 12 è in attesa di riconoscimento di invalidità civile di sordità e di avere una
perdita uditiva pari o superiore a 75 dB di media tra le frequenze 500-1000-2000 Hz nell'orecchio
migliore (allegare obbligatoriamente certificazione medica rilasciata da Struttura Sanitaria Pubblica)

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)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI CONFORMITA'
ALL'ORIGINALE DI COPIA
(ARTT. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ () il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

che l'allegata fotocopia del **certificato medico** (specificare il contenuto del certificato e la Struttura che lo ha prodotto)

di cui l'originale è _____

(barrare la dizione che interessa)

in mio possesso

depositato presso l' Ente

è conforme all'originale.

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)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI CONFORMITA'
ALL'ORIGINALE DI COPIA
(ARTT. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ () il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

che l'allegata fotocopia dell'Attestazione ISEE 2014 (o in alternativa ISEE 2013 sentenze TAR Lazio n. 2454/15; 2458/15; 2459/15) rilasciata dal CAF (specificare)

_____ di cui l'originale è

(barrare la dizione che interessa)

in mio possesso

depositato presso l' Ente

_____ è conforme all'originale.

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)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI CONFORMITA'
ALL'ORIGINALE DI COPIA
(ARTT. 19 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ () il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

che l'allegata fotocopia della **Diagnosi funzionale /Profilo dinamico funzionale/ Piano Educativo Personalizzato**(specificare il tipo di documento e la Struttura che lo ha prodotto o dato l'avallo)

_____ di cui l'originale è
(barrare la dizione che interessa)

- in mio possesso
 depositato presso l' Ente

_____ **è conforme all'originale.**

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)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
ISCRIZIONE SCOLASTICA
(ART. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

Il/la sottoscritto/a

_____ (cognome) _____ (nome)
nato/a a _____ () il _____

residente a _____

in Via _____ n. _____
(indirizzo)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000;

DICHIARA

(barrare la dizione che interessa)

di essersi iscritto alla classe _____ sez. _____ della scuola

_____ di _____

che il proprio figlio/pupillo _____ nato a _____
_____ il _____ è iscritto alla
classe _____ sez. _____ della scuola

_____ di _____

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

organizzato da _____

che il proprio figlio/pupillo _____ nato a _____ il _____ è iscritto al corso professionale con rilascio di attestato con valore legale ed organizzato da enti di formazione accreditati (specificare) _____
organizzato da _____

di essere iscritto al ____ anno del corso di Laurea _____ presso l'Università di (specificare) _____

di essere iscritto presso altro (specificare) _____

che il proprio figlio/pupillo _____ nato a _____ il _____ è iscritto presso altro (specificare) _____

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)