

ALLA PROVINCIA REGIONALE DI PALERMO
Direzione Politiche Sociali e Giovanili
Via Maqueda 100
90134 PALERMO

e.p. c. All'Ente _____
Via _____ n. _____

OGGETTO : richiesta Assistenza in regime di Semiconvitto a.s. 2011/2012 e scelta dell'Ente accreditato presso cui fruire della prestazione

_____ l _____ sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____
residente in _____
via _____ n. _____ cap _____
tel e/o cell. _____

(barrare la dizione che interessa)

- ipo/non vedente
 ipo/non udente
 genitore/tutore del minore ipo/non vedente _____
nato a _____ il _____
 genitore/tutore del minore ipo/non udente _____
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 (ipo/non vedenti) e sorde (ipo/non udenti) per l'anno scolastico/accademico 2011/2012 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,

CHIEDE

per l'anno scolastico **2011/2012** l'erogazione delle prestazioni relative all' **Assistenza in regime di Semiconvitto** di cui all'art. 1 dell'Avviso citato

- per se stessi _____
 per _____ propri _____ figli _____
 per _____ 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 e Giovanili, e ritenuto di operare una scelta libera e consapevole

DICHIARA DI SCEGLIERE

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 , così come da MOD. 4.
2. Copia conforme all'originale o in alternativa dichiarazione sostitutiva dell'atto di conformità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, così come da MOD.5 del *Verbale della Commissione Medica per l'accertamento delle invalidità civili* o, in mancanza di esso, certificato medico (non anteriore a due anni) rilasciato da Struttura Sanitaria Pubblica, attestante la minorazione della vista e il *visus residuo* (se ipo/non vedente) dell'udito e l'esito dell'*Audiometria* (se ipo/non udente).
3. Copia conforme all'originale o in alternativa dichiarazione sostitutiva dell'atto di conformità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, così come da MOD.5, della *Diagnosi Funzionale* rilasciata da Struttura Sanitaria Pubblica (solo per studenti della scuola dell'obbligo).
4. Attestazione ISEE della situazione reddituale e patrimoniale anno 2010 di tutti i componenti del nucleo familiare.
5. Fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale sia del richiedente che dell'utente minorenne o interdetto.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che il termine ultimo per inoltrare l'istanza (a mezzo posta, con corriere, consegnata *brevi manu* all'Archivio della Provincia) corredata dalla sopra elencata documentazione, è le ore 12.00 del _____ e 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)