

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

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

Il 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 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 **2014/2015** l'erogazione delle prestazioni relative al **Servizio di Semiconvitto** 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. \_\_\_\_\_



## Allegato B2

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 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 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 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)

