

ALLEGATO "B"

ALLA CITTÀ' METROPOLITANA DI PALERMO
Direzione Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali
PALERMO
PEC: politichesociali@cert.cittametropolitana.pa.it

OGGETTO : Servizi di integrazione Scolastica a.s. 2026/2027. Scelta dell'Ente accreditato per fruire del servizio di assistenza specialistica (segnare la voce richiesta dal G.L.O. o dal P.E.I.):

- All'Autonomia
- Alla Comunicazione per non vedenti
- Alla Comunicazione per non udenti

_____ l _____ sottoscritt _____

nat _____ a _____ il _____

residente in _____

via _____ n. _____ cap _____

tel e/o cell. _____

e-mail _____

genitore/tutore del minore _____

nato a _____ il _____

genitore/tutore del minore _____

nato a _____ il _____

prossimo a frequentare il _____ anno dell'Istituto Superiore di 2° grado (ex superiore)

_____ di _____

avendo preso visione dell'elenco degli Enti Accreditati per l'erogazione del servizio di Assistenza all'Autonomia e del servizio di Assistenza alla Comunicazione per gli studenti con disabilità per l'anno scolastico 2026/2027 consapevole di poter operare **la scelta di un solo ente accreditato;** consapevole, inoltre, che l'erogazione della prestazione richiesta, oltre ad essere vincolata alle risorse di Bilancio dell'Ente, sarà vincolata ai contenuti dell'art.6 della Legge Regionale 5 dicembre 2016 n. 24;

CHIEDE

per l'anno scolastico 2026/2027 l'erogazione *dei servizi specialistici volti all'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e precisamente*(segnare la voce richiesta dal G.L.O. o dal P.E.I.):

- All'Autonomia
- Alla Comunicazione per non vedenti
- Alla Comunicazione per non udenti

per se stess____

per ____l____ propri____ figlio/a_____

per ____l____ maggiorenne, sottoposto a tutela_____

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 Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali, e ritenuto di operare una scelta libera ,consapevole ed esclusiva

DICHIARA DI

SCEGLIERE IN VIA ESCLUSIVA PER L'ANNO SCOLASTICO 2026/2027

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

iscritto al *Registro degli Enti accreditati presso la Città Metropolitana di Palermo, per l'erogazione dei servizi specialistici volti all'inclusione scolastica (Assistenza all'Autonomia e Assistenza alla Comunicazione) degli studenti con disabilità residenti nel territorio della Città Metropolitana di Palermo e frequentanti le Scuole Secondarie di secondo grado*, quale Ente erogatore delle prestazioni scelte.

A tal fine allega :

- Fotocopia del documento d'identità del richiedente, in corso di validità.

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che il termine ultimo per inoltrare l'istanza (a mezzo PEC della scuola) , è inderogabilmente il 30/06/2026

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)