**AL Comune di Sciacca**

**Ufficio Pubblica Istruzione**

**Via Roma**

**SCIACCA**

E p.c. All’Ente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Genitore, tutore del minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avendo preso visione della Carta dei Servizi- pubblicata sul sito del Comune di Sciacca e visionabile presso gli uffici della Pubblica istruzione del Comune di Sciacca, dei seguenti Enti:

1. Ditta “Unione Italiana ciechi e degli ipovedenti con sede ad Agrigento in via Imera 280, C.F.
2. Ditta “Infomedia” con sede a Catania in via Vitaliano Brancati 14, C.F.03753250871
3. Ditta “Irma Onlus” con sede a Sciacca in via Solofra 14, C.F. 92007130849
4. Ditta “Multiservice ’90 con sede a Catania in via Tolmezzo C.F 02680150873
5. Ditta Cooperativa P.A.S.A.sede a Ribera in via Marche 4, C.F. 02023480847
6. Ditta Quadrifoglio con sede a Santa Margherita Belice in via G.Giusti 84 C.F.01694340843

CHIEDE

Per l’anno scolastico in corso l’erogazione delle prestazioni relative al Servizio di assistenza

all’Autonomia scolastica fino alla fine dell’anno scolastico per 200 ore complessive per l’anno scolastico;

E DICHIARA DI SCEGLIERE

L’ENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ iscritto al Registro Comunale degli Enti accreditati per il servizio di cui trattasi.

A tal fine allega :

Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000, attestante la situazione familiare e la residenza

1. Copia del verbale della Commissione medica per l’accertamento delle invalidità rilasciato da Struttura Sanitaria Pubblica
2. Nuova Attestazione ISEE del nucleo familiare anno 2018
3. Fotocopia del documento d’identità del richiedente e del codice fiscale sia del richiedente che dell’utente minorenne.

I documenti di cui al punto 2) , se già prodotti e se la situazione attestata non ha subito variazioni, possono non essere allegati alla presente istanza..

Dichiara altresì di essere a conoscenza che:

- il termine ultimo per la presentazione dell’istanza, corredata dalla sopra elencata documentazione, è fissato al 31 LUGLIO 2018;

- che l’erogazione del servizio resta comunque subordinata ai limiti degli stanziamenti in bilancio.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del/la dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi e per effetto del D.lgs 196/2003, il sottoscritto da il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del/la dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_