**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Ipo/non vedente
* Ipo/non udente
* Genitore, tutore del minore ipo/non vedente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Genitore/tutore del minore ipo/non udente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Istituto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)“ Segni di Integrazione onlus” con sede a Palermo in via Briuccia 52 C.F. 05546710822

2) Infomedia” con sede a Catania . via Vitaliano Brancati 14 .P.IVA 01230400879

3) “ Irma Onlus” con sede a Sciacca in via Solofra 14, C.F. 92007130849

4) “Sole Luna” con sede a Sciacca in via Cappuccini 73 C.F 02239790849

CHIEDE

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

* aiuto integrativo pedagogico scolastico in favore di soggetti con handicap sensoriale della vista
* assistenza alla comunicazione scolastica in favore di soggetti con handicap sensoriale dell’udito

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 :

1. Dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000, attestante la situazione familiare e la residenza
2. Copia del verbale della Commissione medica per l’accertamento delle invalidità rilasciato da Struttura Sanitaria Pubblica
3. Nuova Attestazione ISEE del nucleo familiare anno 2017
4. 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

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