**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 **Unione Italiana ciechi e degli ipovedenti** - con sede ad Agrigento in via Imera 280

2 **Infomedia** - con sede a Catania in via Vitaliano Brancati 14

3 **Irma Onlus** - con sede a Sciacca in via Solofra 14

4 **Multiservice ’90**  - con sede a Catania in via Tolmezzo

5 **Cooperativa P.A.S.A**. - con sede a Ribera in via Marche 4,

6 **Quadrifoglio Soc. Coop**. - con sede a Santa Margherita Belice in via G.Giusti 84

7 **Coop. Sociale Sole Luna** - con sede in Sciacca Via cappuccini

8 **Coop. Sociale Universo Donna** - con sede in Sciacca Via Iacopo Ruffini,18

**CHIEDE**

Per l’anno scolastico 2020/2021 l’erogazione delle prestazioni relative al Servizio di assistenza all’Autonomia scolastica fino alla fine dell’anno scolastico,

E DICHIARA DI SCEGLIERE

L’ENTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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. Fotocopia del documento d’identità del richiedente e del codice fiscale sia del richiedente che dell’utente minorenne.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che:

- il termine ultimo per la presentazione dell’istanza, corredata dalla sopra elencata documentazione, è fissato al 10 AGOSTO 2020;

- 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

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