

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 Associazione Saieva onlus con sede ad Agrigento in via Gioeni,241, C.F 02046510844;
- 2) Ditta Cooperativa PASA con sede a Ribera in via delle Marche 4, C.F 020234808847;
- 3) Ditta "Irma Onlus" con sede a Sciacca in via Solofra 14, C.F. 92007130849;
- 4) Ditta Ente Socio-Culturale SCS con sede a Mira in via Boldani 18, C.F 02079350274;
- 5) Ditta Cooperativa L'Albero delle Idee, con sede a Montevago in via Manzoni 1, C.F. 02677340842;
- 6) Ditta Quadrifoglio con sede a Santa Margherita Belice in via G.Giusti 84 C.F.01694340843;
- 7) Ditta "Coop. Sociale Sole Luna con sede in Sciacca Via cappuccini, C.F. 02239790849;
- 8) Ditta "Coop. La Valle Verde con sede a Mazara del Vallo in Via degli Archi,28
C. F. 01391190814;
- 9) Ditta Cooperativa sociale Nido D'Argento con sede a Partinico in via Cavalieri di Vittorio Veneto 15, C.F 03882030822;
- 10) Ditta Bioetica con sede a Raffadali Via Modena, 52 C.F. 93046540840;
- 11) Ditta Walden con sede a Menfi Via Cavour, 54 C.F.018911010843;
- 12) Ditta Infomedia con sede a Catania Via Vitaliano Brancati, 14 C.F. 03753250871;
- 13) Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti con sede ad Agrigento Via Imera, 280 C.F. 80003854841;

CHIEDE

Per l'anno scolastico 2022/2023 l'erogazione delle prestazioni relative al Servizio di:

- 1) Assistenza e Comunicazione per alunno con disabilità fisiche e psichiche;
- 2) Assistenza e Comunicazione per alunno con disabilità sensoriale.

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) 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 22 AGOSTO 2022;
- 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 dà 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
