



CITTÀ METROPOLITANA DI PALERMO

DIREZIONE POLITICHE SOCIALI, PUBBLICA ISTRUZIONE, POLITICHE GIOVANILI, SPORT, ATTIVITÀ
PRODUTTIVE, CULTURA e TURISMO

Ufficio Integrazione Scolastica e Disabilità Sensoriale Via Roma 19, Palermo Fax 091.6628903

OGGETTO : Accesso ai Servizi di Integrazione Scolastica a. s. 2019/2020

/// **Prima domanda**

/// **Rinnovo domanda**

(barrare un'alternativa)

Il sottoscritto _____ (cognome e nome) cell. _____

telefono _____ E-MAIL _____ che esercita la potestà genitoriale

COGNOME E NOME dello/a studente/ssa: _____ carrozzina Si // No //

nato/a il _____ Città o Stato estero di nascita _____ residente in

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

iscritto/a nel prossimo a.s. alla classe _____ presso l'ISTITUTO (Nome) _____

Succursale di _____ (Città), Via _____

CHIEDE (verbale G.L.H.O. del _____)

L'accesso al Servizio di :

- /// Assistenza igienico personale
- /// Assistenza alla comunicazione per disabili sensoriali // Lis // Braille // Oralista
- /// Assistenza all'autonomia
- /// Trasporto casa / scuola // Andata // Ritorno // Andata e Ritorno

A tal fine, il sottoscritto segnala che lo studente sopraindicato, il prossimo a.s. frequenterà:

- in **MANIERA RIDOTTA** rispetto al normale orario scolastico // si // no
- Indicare monte ore settimanali di frequenza : n° h _____

ALLEGA pertanto la seguente documentazione necessaria per accedere al Servizio :

- Verbale di accertamento dell'handicap, **art. 3 comma 3 L. 104/92**, in corso di validità redatto dalla Commissione Medica L. 104/92 dell'A.S.P., o certificato Medico ad uso scolastico, rilasciato dall'A.S. P., valido per il prossimo a. s.; per i disabili sensoriali o la certificazione su indicata oppure: per i sordi certificazione specialistica ai sensi della L. 381/70, per i ciechi certificazione specialistica ai sensi della L. 382/70;
- Copia di documento di identità del genitore/curatore/tutore/amministratore di sostegno;
- Verbale G.L.H.O. completo;
- Diagnosi funzionale o profilo dinamico funzionale validi per il prossimo a. s.
- Se l'alunno maggiorenne è interdetto/inabilitato oppure fruisce dell'amministratore di sostegno produrre copia di tale documentazione e documento di identità.

Eventuali ulteriori comunicazioni _____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'Art. 76 del D. P. R. 445 del 28-12-2000, ai sensi dell'Art. 46 D. P.R. 445 del 28-12-2000 e del fatto che sui dati sopra dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi della normativa vigente, ed autorizza il trattamento dei dati sia personali che sensibili ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 (vedi informativa sulla privacy inviata dal Servizio)

Data _____

IL Dirigente Scolastico

Per accettazione, l'esercente la potestà genitoriale

2019 - ALLEGATO "B"

ALLA CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
Direzione Politiche Sociali,
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili,
Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo
Via Maqueda 100
90134 PALERMO

OGGETTO : Servizi di integrazione Scolastica a.s. 2019/2020. Scelta dell'Ente accreditato per fruire del servizio di assistenza specialistica (segnare la voce richiesta dal G.L.H.O.):

- All'autonomia
- Alla comunicazione per non vedenti
- Alla comunicazione per non udenti

_____ I _____ 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 2019/2020*

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 2019/2020 l'erogazione *dei servizi specialisti volti all'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e precisamente (segnare la voce richiesta dal G.L.H.O.):*

- 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 Politiche Sociali, Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo, e ritenuto di operare una scelta libera, consapevole ed esclusiva

DICHIARA DI

A) VOLER MANTENERE LA SCELTA DELL'ENTE EFFETTUATA L'ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE (2018/2019)

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

B) SCEGLIERE IN VIA ESCLUSIVA PER L'ANNO SCOLASTICO 2019/2020

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

iscritto al *Registro provinciale degli Enti accreditati presso la Direzione Politiche Sociali Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo, per la gestione dei servizi specialisti volti all'inclusione scolastica (assistenza all'autonomia e assistenza alla comunicazione) degli studenti con disabilità degli istituti superiori di secondo grado della Città Metropolitana di Palermo, di cui alla L.104/92*, 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, con corriere, consegnata *brevi manu* esclusivamente all'Archivio della Città Metropolitana di Palermo), è alle ore **14.00 del 31/05/2019**.

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)

2019-ALLEGATO "B1"

ALLA CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
Direzione Politiche Sociali,
Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili,
Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo
Via Maqueda 100
90134 PALERMO

**OGGETTO : Servizi di integrazione Scolastica a.s. 2019/2020. Scelta dell'Ente
accreditato per fruire del servizio di assistenza igienico personale:**

_____ 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 igienico personale
per gli studenti con disabilità per l'anno scolastico 2019/2020*

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 **2019/2020** l'erogazione *del servizio di assistenza igienico personale :*

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 Politiche Sociali, Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo, e ritenuto di operare una scelta libera, consapevole ed esclusiva

DICHIARA DI

A) VOLER MANTENERE LA SCELTA DELL'ENTE EFFETTUATA L'ANNO SCOLASTICO PRECEDENTE (2018/2019)

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

B) SCEGLIERE IN VIA ESCLUSIVA PER L'ANNO SCOLASTICO 2019/2020

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

iscritto al *Registro provinciale degli Enti accreditati presso la Direzione Politiche Sociali Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili, Sport-Attività Produttive, Cultura, Turismo, per la gestione del servizio di assistenza igienico personale per gli studenti con disabilità degli istituti superiori di secondo grado della Città Metropolitana di Palermo, di cui alla L.104/92*, 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 o consegnata *brevi manu* esclusivamente all'Archivio della Città Metropolitana di Palermo), è alle ore **14.00 del 31/05/2019**.

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*) _____



CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO

Direzione Politiche Sociali, Pubblica Istruzione, Politiche Giovanili,

Sport - Attività Produttive, Cultura, Turismo

Ufficio Integrazione Scolastica e Disabilità Sensoriale

Via Roma n. 19 – 90123 Palermo - PEC: politichesociali@cert.cittametropolitana.pa.it

AVVERTENZE

MODULISTICA SERVIZI DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA ANNO SCOLASTICO 2019-2020

Al fine della programmazione dell'anno scolastico 2019/2020 e per ottimizzare la procedura di ricognizione conoscitiva dell'utenza che afferisce al servizio di integrazione scolastica, si invita alla compilazione completa della modulistica di seguito trascritta:

- lo schema “A”- modulo per richiesta di servizi di integrazione scolastica,
- lo schema “B”- modulo per la scelta dell'Ente accreditato per il servizio autonomia,
- lo schema “B1”- modulo per la scelta dell'Ente accreditato per il servizio di assistenza igienico personale,
- lo schema “C” - elenco degli studenti richiedenti i servizi.

La domanda, debitamente compilata e firmata, deve essere corredata da tutta la documentazione richiesta pena la possibilità di *non potere più avere accesso* ai servizi di integrazione scolastica.

