

2020

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. 2020/2021. 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 **2020/2021** l'erogazione **del servizio di assistenza igienico personale :**

per se stess \_\_\_\_

per   1   propri        figlio/a \_\_\_\_\_

per   1   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 **(2020/2021)**

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 Sviluppo Economico, Politiche del Lavoro, Istruzione, Turismo, Cultura e Legalità, 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 31/05/2020.**

**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)* \_\_\_\_\_