

TRAI 66/157 del 26.08.2024

2024

ALLEGATO "B2"

ALLA CITTA' METROPOLITANA DI PALERMO
Direzione Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali
PALERMO
PEC: politichesociali@cert.cittametropolitana.pa.it

OGGETTO : Servizi di integrazione Scolastica a.s. 2024/2025. Scelta dell'Ente accreditato per fruire del "SERVIZIO AGGIUNTIVO INTEGRATIVO E MIGLIORATIVO (S.I.A.M.)":

Il 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 AGGIUNTIVO INTEGRATIVO E MIGLIORATIVO (S.I.A.M.)" per gli studenti con disabilità per l'anno scolastico 2024/2025, 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 2024/2025 l'erogazione del "SERVIZIO AGGIUNTIVO INTEGRATIVO E MIGLIORATIVO (S.I.A.M.)" :

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 Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali , e ritenuto di operare una scelta libera ,consapevole ed esclusiva

DICHIARA DI

A) SCEGLIERE IN VIA ESCLUSIVA PER L'ANNO SCOLASTICO 2024/2025

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

iscritto al *Registro provinciale degli Enti accreditati presso la Direzione Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali, per la gestione del* **“SERVIZIO AGGIUNTIVO INTEGRATIVO E MIGLIORATIVO (S.I.A.M.)”** 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), è alle ore **12.00 del 05/09/2024.**

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)