

ALLEGATO "A"



CITTÀ METROPOLITANA DI PALERMO

Direzione Sviluppo Economico, Servizi Sociali, Turistici e Culturali

Servizio Politiche Sociali ed Integrazione Scolastica

PEC: politichesociali@cert.cittametropolitana.pa.it

OGGETTO : Accesso ai Servizi di Integrazione Scolastica a. s. 2025/2026

☐ **Prima domanda**

☐ **Rinnovo domanda**

(barrare un'alternativa)

Il sottoscritto _____ (cognome e nome)

cell. _____ telefono _____ E-MAIL _____

che esercita la potestà genitoriale dello/a studente/ssa: _____ (cognome e nome), nato/a il _____

Città o Stato estero di nascita _____ p. pa Città Metropolitana di Palermo RGP

residente in Via _____ Cap _____ Città _____ Allegato n.1 al PROT 0038640 del 14/05/2025

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

Succursale di _____ (Città), Via _____

carrozzina ☐ Sì ☐ No ☐

EMAIL (obbligatoria per le comunicazioni) _____

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

L'accesso al Servizio di :

☐ Assistenza alla comunicazione per disabili sensoriali ☐ Lis ☐ Oralista ☐ Braille

☐ Assistenza all'autonomia

☐ Trasporto casa /scuola e viceversa

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

- in **MANIERA RIDOTTA** rispetto al normale orario scolastico ☐ sì ☐ no
- l'orario di frequenza settimanali dell'allievo/a con disabilità è di n° _____
- l'allievo seguirà una programmazione differenziata: ☐ sì ☐ no

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., 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;
- Fotocopia del documento d'identità valido del dichiarante;
- Verbale G.L.O. completo;
- PEI (piano educativo individualizzato) e PDF (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 di persona a cui è stata assegnata la forma di tutela .

Eventuali ulteriori comunicazioni _____

Il sottoscritto è consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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 e ss.mm.ii.(vedi informativa sulla privacy inviata dal Servizio)

Data _____

Per presa visione IL Dirigente Scolastico

Per accettazione,

il genitore/curatore/tutore/amministratore di sostegno

(cancellare la voce che non interessa)

ALLEGATO "B"

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. 2025/2026. Scelta dell'Ente accreditato per fruire del servizio di assistenza specialistica (segnare la voce richiesta dal G.L.O. o dal P.E.I.):

- ☐ 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 2025/2026 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 2025/2026 l'erogazione *dei servizi specialisti volti all'inclusione scolastica degli studenti con disabilità e precisamente*(segnare la voce richiesta dal G.L.O. o dal P.E.I.):

- ☐ 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 (2024/2025)

l'Ente _____ sito in _____

via _____ n. _____ tel. _____

B) SCEGLIERE IN VIA ESCLUSIVA PER L'ANNO SCOLASTICO 2025/2026

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 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) , è alle ore 14.00 del 31/05/2025

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)

2025/2026
ALLEGATO
"B1"

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. 2025/2026 Scelta dell'Ente
accreditato per fruire del servizio TRASPORTO SCOLASTICO:**

_____ 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 trasporto scolastico per gli studenti con disabilità per l'anno scolastico 2025/2026*, 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 **2025/2026** l'erogazione **del servizio TRASPORTO SCOLASTICO :**

per se stess

per _____ I _____ 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 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 2025/2026

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 TRASPORTO SCOLASTICO 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 **14.00 del 31/05/2025**.

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*) _____