AL COMUNE DI CAPACI
PRIMA AREA
UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: Scelta dell'ENTE ACCREDITATO per l'erogazione delle prestazioni di assistenza scolastica per alunni con disabilità (art. 3 legge 104/92) per l'anno scolastico 2025/2026

<u>La presente istanza deve essere compilata in tutte le sue parti</u>

___l__ sottoscritt_ _____

nat _ a _____ il _____

residente a _____

in Via _____ n._____

Telefono e /o Cellulare_____

mail _____

genitore/ esercente la potestà del minore _____

nato a _____ il_____

Iscritto alla classe _____ Sezione_____della

[ ] **Scuola dell'infanzia;**

[ ] **Scuola primaria;**

[ ] **Scuola secondaria di primo grado**

dell'Istituto Comprensivo Musicale "Biagio Siciliano -De Gasperi" di Capaci

avendo preso visione dell'elenco degli enti iscritti al Registro degli Enti Accreditati per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza all'autonomia e/o alla comunicazione e consapevole che le prestazioni saranno vincolate alle risorse di Bilancio,

SCEGLIE

per la seguente prestazione (barrare quello che interessa)

[ ] **Assistenza all'autonomia** [ ] **Assistenza alla comunicazione**

secondo il monte ore settimanale indicato nel verbale GLO, il seguente ente accreditato

_____

A tal fine, allega la seguente documentazione:

1. **Copia della certificazione di portatore di handicap (legge 104/92) del proprio figlio;**

2. **Fotocopia documento d'identità in corso di validità e fotocopia codice fiscale del richiedente e del figlio con disabilità.**

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del D.Lgs. 196/2003, lo/la scrivente 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 _____