

AVVISO PUBBLICO

PER RICHIESTA ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA PER GLI ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI - ANNO SCOLASTICO 2022-2023

SI RENDE NOTO CHE SONO APERTE LE ISCRIZIONI PER OTTENERE IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA PER GLI ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI IN POSSESSO DEI REQUISITI.

L'ISTANZA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DOVRÀ ESSERE PRESENTATA COMPILANDO L'APPOSITO MODULO ALLEGATO ENTRO IL 17 GIUGNO 2022 .

L'ISTANZA CORREDATA DELLA PRESCRITTA DOCUMENTAZIONE, POTRÀ ESSERE SPEDITA ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: ced@pec.comunemascalucia.it, IN ALTERNATIVA POTRÀ ESSERE CONSEGNA BREV MANU O PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO DELL'ENTE P.ZZA LEONARDO DA VINCI S.N. O PRESSO L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE DI MASCALUCIA VIA BELLINI 16.

IL RESPONSABILE DELL'AREA
DOTT.SSA M.J.VITALE

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a Mascalucia in via/piazza _____ n. _____
tel. _____ in qualità di genitore dell'alunno _____
nato/a a _____ il _____

CHIEDE

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA PER L'ANNO SCOLASTICO 2022/2024 A FAVORE DEL PROPRIO FIGLIO/A;

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 26 della L.15/68 e successive modifiche:

- 1) di essere residente in Mascalucia in via/piazza _____ n. _____
- 2) che il proprio figlio/a è in possesso della Legge 104/92, soggetto portatore di handicap grave art. 3 comma 3 in corso di validità;
- 3) che il proprio figlio/a è in possesso del certificato di diagnosi funzionale rilasciato da U.O.C. territoriale di Neuropsichiatria infantile;
- 4) che il proprio figlio/a è iscritto nell'anno scolastico 2022/2024 presso la Scuola _____ plesso _____ Comune _____

Alla presente allega:

- 1) fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscritto/a;
- 2) copia del verbale attestante il possesso dei requisiti previsti dalla L.104/92;
- 3) certificato di diagnosi funzionale rilasciato da U.O.C. territoriale di Neuropsichiatria infantile (per gli iscritti alle prime classi) ;

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati e le dichiarazioni contenute nella presente comporta l'automatica decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali relativamente ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del servizio.

Mascalucia

Firma

FIRMA COMIZILA di ...

Oggetto: Intervento piano Personalizzato 1;328/2000: Adesione.z.../

La sottoscritto/a nato a _____

residente " _____ Via _____

presa visione della carta. Servizi della Società Cooperativa Sociale
al n. • det

•dell'albo distrettuale degli operatori

sociati aditati previsti dal contratto. 4 dell'art. e della Legge n. 328/2000 del Comune
di Gravlea del Distretto Socio Sanitario D/19, con la presente.

SCEGLI C

La Società Cooperativa Sociale
per i servizi socio-sanitari.

.....
.....

ADERISCE

— al piano di assistenza personalizzato proposto
dalla Soc. Coop. Sociale

— conformemente alla carta dei servizi socio-sanitari / a, ggittativi
proposti...

Gonvive Ai _____

:AZ 0 le.

i
rà l...ti"e.

OGGETTO: RICHIESTA ASSISTENTE ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA

_____ l sottoscritt _____ nat a _____
il _____ residente a Mascalucia in via _____ n. _____
tel. _____ in qualità di genitore dell'alunn _____
nat_ a _____ iì _____

CHIEDE

IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA PER L'ANNO SCOLASTICO (?:.S.) _____ 2OU _____ a favore del proprio figlio/a;

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art. 26 della L. 15/68 e successive modifiche:

1) di essere residente in Mascalucia; via _____ n. _____

2) che il proprio figlio/a è in possesso della Legge 104/92, soggetto portatore di handicap grave art. 3 comma 3 in corso di validità;

3) che il proprio figlio/a è in possesso del certificato di diagnosi funzionale rilasciato da U.O.C. territoriale di Neuropsichiatria infantile;

4) che il proprio figlio/a è iscritto nell'anno scolastico presso:

Scuola _____

plesso _____ Comune _____

Alla presente allega:

1) fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscritto/a;

2) copia del verbale attestante il possesso dei requisiti previsti dalla L.104/92;

3) certificato di diagnosi funzionale rilasciato da U.O.C. territoriale di Neuropsichiatria infantile (per gli iscritti alle prime classi) ;

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati e le dichiarazioni contenute nella presente comporta l'automatica decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali relativamente ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del servizio.

Mascalucia

FIRMA

.De! coi.7111;22 di

.....

• (.3egettri: Inter`ven.to p.iano Dersovzlizza.to3°3/2000: Adesione/

(1/1.a so tzoscritto/a _____ nato a _____ il _____

resicierne a _____ Via _____

presa ¹ri sione della carta della Società Cooperativa Sociale

..... iscritta at n det.....• . dell'albo distrettuaLe degli organismi soeinti

adereditati: Trijèvisti dal. corntoa. 4 dell'art. i della Legge n.. 178/9000 del CO MIRI.: di Cr` ra.vh`ta

CapotHa del Distretto Socio Sanitario D/19; con La eriLe

ta. Soc. SC ,7C.4 rE

.....

per terve`Etto denotai...71am

1 STEP a h _

••• C-e) 0(u i ^{C)ck 2\} A\$

22 =

ADERISCE

-d piano di assistenza peusepati2zato proposte dalla Soc. Coop. Sociale

—conformemente aU. carta dei Qervizi ai se. a lke L/ Z '1 i 'TN'0 Cati ielL' o'i1CatiVit

Proposti

GouLule di _____ ti _____

izr :;,tececartuae

t 1- c.
