



# COMUNE DI MASCALUCIA

Città Metropolitana di Catania

Codice Fiscale 80001190877

Area Servizi Socio Culturali

## AVVISO PUBBLICO

**PER RICHIESTA ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE ED ALL'AUTONOMIA PER GLI ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI**

**ANNO SCOLASTICO 2023-24**

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 DOVRA' ESSERE PRESENTATA COMPILANDO GLI APPOSITI MODULI ALLEGATI **ENTRO IL 29 GIUGNO 2023.**

L'ISTANZA CORREDATA DALLA PRESCRITTA DOCUMENTAZIONE, POTRA' ESSERE SPEDITA ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: [ced@pec.comunemascalucia.it](mailto:ced@pec.comunemascalucia.it), IN ALTERNATIVA POTRA' ESSERE CONSEGNATA BREVI MANU O PRESSO L'UFFICIO PROTOCOLLO DELL'ENTE O PRESSO L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI , VIA BELLINI 16.

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

**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 \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**CHIEDE****IL SERVIZIO DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE E ALL'AUTONOMIA PER L'ANNO SCOLASTICO 2023/2024 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;
- 2) che il proprio figlio 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 2023-2024 presso:

Scuola \_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_

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 li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Oggetto: Intervento piano personalizzato L. 328/2000

Adesione a.s. 2023-24

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Mascalucia Via \_\_\_\_\_

presa visione della carta servizi della Società Cooperativa Sociale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ iscritta al n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ dell'albo distrettuale degli organismi sociali

accreditati previsti dal comma 4 dell'art. 1 della Legge n.328/2000 del Comune di Gravina-

Capofila del Distretto Socio Sanitario D/19, con la presente

SCEGLIE

la Soc. Coop. Sociale \_\_\_\_\_

per l'intervento denominato assistenza alla comunicazione ed all'autonomia a.s. 2023/24

ADERISCE

al piano di assistenza personalizzato proposto dalla suddetta Soc. Coop. Sociale conformemente alla carta dei servizi e ai servizi migliorativi/ aggiuntivi proposti.

Comune di \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Per accettazione

Familiare Utente \_\_\_\_\_