



COMUNE DI
DIREZIONE FAMIGLIA E POLITICHE SOCIALI



Al Sig. Sindaco del Comune di
Direzione Famiglia e Politiche Sociali
P.O. Anziani - Disabilità

Oggetto: Scelta Ente / Associazione Assistenziale / Cooperativa Sociale per l'espletamento dei servizi integrativi, aggiuntivi e migliorativi per l'assistenza degli alunni disabili frequentanti le scuole pubbliche dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado – anno scolastico 2021/2022.

Il sottoscritt _____

nat a _____ il _____ residente a _____ in

via _____ n. _____ tel. _____

email / PEC _____

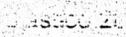
esercente la potestà su _____

nat a _____ il _____ residente a _____ in

via _____ n. _____, iscritto alla scuola _____



Infanzia



Primaria



Secondaria I°



Secondaria I°

Plesso _____

DICHIARA

di avere preso visione dell'elenco comunale degli Enti / Associazioni Assistenziali / Cooperative Sociali accreditati per l'espletamento del servizio di assistenza igienico personale in favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, le scuole primarie e secondarie di primo grado, anno scolastico 2021/2022, e di

SCEGLIERE

L'Ente / Associazione Assistenziale / Cooperativa Sociale _____
(nome dell'Ente)

Catania, li _____

FIRMA _____