



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

Oggetto: Scelta Ente / Cooperativa Sociale/ Associazione Assistenziale o Figura Professionale per l'espletamento del servizio di assistenza per l'autonomia e la comunicazione in favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, le scuole primarie e secondarie di primo grado, anno scolastico 2020/2021

___ I ___ sottoscritt _____

nat ___ a _____ il _____ residente a Catania, in

via _____ n. _____ tel. _____

email / PEC _____

esercente la potestà su _____

nat ___ a _____ il _____ residente a Catania, in

via _____ n. _____, iscritto alla scuola _____

Infanzia

primaria

Secondaria I°

Plesso _____

DICHIARA

di avere preso visione dell'elenco comunale degli Enti/Cooperative Sociali/Associazioni Assistenziali e Figure Professionali per l'espletamento del servizio di assistenza per l'autonomia e la comunicazione in favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, le scuole primarie e secondarie di primo grado, anno scolastico 2020/2021 e di

SCEGLIERE

Ente / Cooperativa Sociale / Associazione Assistenziale _____
(indicare il nome dell'Ente e non dell'operatore)

OPPURE

Operatore Specializzato _____

Figura Professionale Assistente Comunicazione _____

Tecnico Qualificato _____

Si allega:
- copia documento riconoscimento dichiarante

Catania, li _____

FIRMA
