

Oggetto: Servizio per l'autonomia e la comunicazione per gli alunni frequentanti le scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado del Comune di Avola: **DICHIARAZIONE DI OPZIONE per anno scolastico 2023/2024**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ residente in Avola Via _____ N. _____

in qualità di genitore dell'alunno/a _____ frequentante

la classe ____ della scuola dell'infanzia primaria secondaria di 1° grado (barrare la fascia di riferimento)

dell'istituto _____ Plesso _____

Avente diritto al Servizio ASACOM

COME DA DIAGNOSI FUNZIONALE ASP del _____ CHE SI ALLEGA E DELLA QUALE SI ATTESTA, con la firma in calce ed assunzione di responsabilità per falso, l'AUTENTICITA'.

CHIEDE

Che il servizio in parola nei confronti del figlio/a _____ venga espletato dalla Ditta _____ inclusa nell'albo comunale degli enti accreditati indicati in calce.

Il/la sottoscritta dichiara, a tal fine, di essere a conoscenza **dell'Avviso Pubblico relativo all'oggetto**, redatto in **esecuzione alla determinazione del Responsabile Servizi Sociali n. 154 del 05/08/2022**, relativa al rinnovo integrale dell' Albo Comunale degli Enti accreditati per l'affidamento del Servizio di "Assistenza igienico personale ed Assistenza all' autonomia ed alla comunicazione" ed in esecuzione al **Parere n. 251/2019, espresso dal C.G.A. in merito al Servizio di Igiene Personale per gli alunni disabili con il quale è stato stabilito che detto servizio dovrà essere erogato, nelle disponibilità, dall'Amministrazione Scolastica.**

Il servizio è rivolto agli alunni portatori di handicap grave frequentanti le scuole dell'infanzia, le scuole primarie e secondarie di primo grado del Comune di Avola, anno scolastico 2023/2024, la cui validità è stata stabilita in anni uno e che trovasi disponibile in visione presso l'ufficio Servizi Sociali, e di conoscere ed accettare tutte le prescrizioni e criteri di assegnazione prescritte nella Determinazione del Dirigente Area 1 n. 66/2013.

In particolare si dichiara di essere a conoscenza e di accettare che:

- 1. Per il Servizio di Assistenza per l'autonomia e la comunicazione** il rispetto della scelta della famiglia verrà assicurato nella misura, quale rapporto di legge, di un operatore per ciascun disabile;

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di conoscere ed accettare che l'opzione di scelta che si sta esercitando **non potrà essere revocata, rettificata e/o modificata per nessun motivo né dal sottoscritto né eventualmente da altro genitore né prima dell'affidamento del servizio né in corso d'opera, valendo improrogabilmente per l'intero anno scolastico la prima dichiarazione di opzione acquisita al protocollo dell'ente a firma di uno dei genitori aventi titolo.**

Pertanto, in caso di presentazione a cura di uno od entrambi i genitori di più istanze contraddittorie verrà presa in considerazione, senza deroga alcuna, **quella assunta per prima al protocollo dell'ente, SENZA CHE** possa incombere sull'ente Comune alcuna valutazione in ordine a ripensamento o errore – a qualsiasi titolo e per qualsiasi motivo ed a chiunque riconducibile – del o dei genitori sulla scelta espressa per prima.

Resta salva la facoltà per il genitore optante di rinunciare al servizio in favore del proprio figlio, esclusa la possibilità per l'anno scolastico in oggetto di richiedere successivamente l'attivazione dello stesso a cura di altra ditta rispetto alla prioritaria opzione.

Resta salva, parimenti, la facoltà della ditta scelta di rinunciare alla presa in carico del minore, da formalizzare con atto scritto, all'esito del quale i genitori potranno – se del caso – optare per altra ditta.

Il/la sottoscritto/a dichiara, altresì, di conoscere ed accettare che il diritto al servizio è connesso e consequenziale al possesso di conforme certificazione di DIAGNOSI FUNZIONALE della competente ASP e, che, pertanto, non può assumere alcun rilievo ogni eventuale altra certificazione medica di qualsiasi altra tipologia e natura afferente a L.104/92, invalidità civile e varie, non incombendo sull'ente Comune alcuna valutazione in ordine a tali certificazione ed **essendo, dunque, il riconoscimento del servizio espressamente e necessariamente subordinato al possesso di diagnosi funzionale che attesti il relativo diritto.**

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Documento di identità in corso di validità del o dei genitori richiedenti;
2. Diagnosi funzionale recente relativa al minore, rilasciata dalla competente ASP, dalla quale risulti il diritto all'assistenza nell'esatta consistenza richiesta (ASACOM);
3. Provvedimento giudice o altro atto attestante la tutela legale o la qualità di affidatario in assenza dei genitori.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE

La presente istanza va firmata e presentata, con allegata copia del documento di riconoscimento, DURANTE L'ORARIO DI APERTURA ORDINARIA DEGLI UFFICI, presso l'Ufficio Servizi Sociali Via MAZZINI n. 44 direttamente ed esclusivamente dal o dai genitori richiedenti o, in difetto, da tutore o affidatario ai sensi di legge opportunamente documentato e dovrà essere consegnata a mani del responsabile del servizio Dott.ssa Carmela Caruso o Sig.ra Bufalino Carmela che provvederanno a:

- **Verificare la corrispondenza del richiedente indicato nell'istanza con il consegnatario attraverso confronto con il documento di identità e la relativa qualità di genitore avente titolo o – in difetto - tutore od affidatario ai sensi di legge;**
- **Provvedere alla immediata protocollazione dell'Istanza;**
- **Rilasciare ricevuta di consegna con indicazione della data, orario e numero di protocollazione.**
- **Verificare che all'istanza sia allegata la relativa diagnosi funzionale e che nella stessa sia prevista l'assistenza richiesta specificando – in difetto – in sede di ricevuta l'assenza di tale certificazione e/o la necessità di integrazione per poter ottenere il relativo servizio.**

Non verranno assolutamente accettate istanze presentate tramite incaricati e/o dipendenti delle associazioni interessate o comunque da soggetti diversi dai genitori aventi diritto né comunque prese in considerazione istanze, anche dei genitori, pervenute diversamente dalla modalità sopra indicata. **In particolare le istanze NON POTRANNO ESSERE CONSEGNATE O DEPOSITATE direttamente presso l'Ufficio protocollo dell'Ente.**

ENTI ISCRITTI all'Albo Comunale per l'anno 2023/2024 tra i quali effettuare la scelta:

- 1) **A.PRO.DA. – Via Marsala, 29 – 96012 Avola**
- 2) **ESPERIA – Via S. Cataldo,4 – 96100 Siracusa**
- 3) **COOP. C.P.R. – Via Sipione, 175 – 96019 Rosolini**
- 4) **LA META – Via Etnea, 197/B – Lentini**
- 5) **COOP. VALICA – Via Marconi, 99 – 96010 Solarino**

IL TERMINE ULTIMO PER LA PRESENTAZIONE DELLA ISTANZA E' IL 11/09/2023 ORE 14:00

Con la firma in calce si accettano integralmente tutte le condizioni di cui sopra regolanti l'affidamento ed il diritto al servizio e si assume la responsabilità di tutte le dichiarazioni espresse.

Avola, li _____

In Fede
