

Alla Direzione II Politiche Sociali  
Ufficio: Disabili  
indirizzo: Piazza Indipendenza,72  
Pec: politichesociali@pec.comune.bagheria.pa.it  
e-mail:ufficio.disabili@comune.bagheria.pa.it

**OGGETTO: Scelta Cooperativa Sociale per il Servizio di Assistenza all'Autonomia e/o Comunicazione (ASACOM) e Servizio Trasporto Scolastico per alunni/e con disabilità— Anno Scolastico 2026/2027**

**DATI DEL DICHIARANTE (Genitore / Tutore Legale):**

**GENITORE 1**

Il/La sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Il: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Residente a: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
In via/piazza: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ E-mail / PEC: \_\_\_\_\_

**GENITORE 2**

Il/La sottoscritto/a: Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Il: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Residente a: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
In via/piazza: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ E-mail / PEC: \_\_\_\_\_

**DATI DELL'ALUNNO/A**

in qualità di genitore / tutore legale dell'alunno/a: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_  
Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Il: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Frequentante la classe: \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ dell'Istituto Scolastico: \_\_\_\_\_

## ***RICHIESTA SERVIZI***

Valendosi della facoltà prevista dall'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara di richiedere:

- Servizio di Assistenza all'Autonomia e alla Comunicazione (ASACOM)
- Servizio Trasporto Scolastico (Andata / Ritorno)

## **DICHIARAZIONE DI SCELTA DELLA COOPERATIVA SOCIALE**

Ai fini dell'erogazione dei servizi sopra selezionati per il/la proprio/a figlio/a, opta per le seguenti Cooperative sociali iscritte nel Registro di Accreditamento del Distretto Socio Sanitario 39:

### **1. Assistenza all'Autonomia e alla Comunicazione (ASACOM):**

Cooperativa sociale opzionata:

\_\_\_\_\_

Iscritta al n. \_\_\_\_\_ della Sezione del vigente Registro di Accreditamento.

(Facoltativo) Operatore/trice designato/a:

\_\_\_\_\_

### **2. Trasporto Scolastico:**

Cooperativa sociale opzionata:

\_\_\_\_\_

Iscritta al n. \_\_\_\_\_ della Sezione del vigente Registro di Accreditamento.

### ***Informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - GDPR):***

*I dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno trattati dal Comune di Bagheria esclusivamente per le finalità istituzionali legate all'erogazione dei servizi richiesti e non saranno comunicati a terzi se non in conformità alle disposizioni di legge.*

|                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| Bagheria, ____ / ____ / ____ | Firma del dichiarante<br><br>_____ |
|------------------------------|------------------------------------|

*Nota: Il modulo di domanda, oltre ad essere disponibile sul sito istituzionale del Comune di Bagheria, è reperibile in formato cartaceo presso l'Ufficio Protocollo e l'Ufficio Persone con Disabilità della Direzione II - Politiche del Comune di Bagheria, sito in Piazza Indipendenza n. 72.*