AL COMUNE DI LOIRI PORTO SAN PAOLO

Servizio Politiche Sociali

(DA INVIARE ALLA PEC: [protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it](mailto:protocollo.loiriportosanpaolo@legalmail.it) )

P.C. Istituto Comprensivo Loiri Porto San Paolo

c.a. Dott.ssa Rossini Paolo

[ssic825009@pec.istruzione.it](mailto:ssic825009@pec.istruzione.it)

**OGGETTO: Nuova Richiesta Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica. Anno Scolastico \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/loc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/tutore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_,

C.F: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_

**chiede di poter usufruire del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a.**

**A tal fine, dichiara che il minore:**

1. E' ISCRITTO PRESSO:

Scuola dell'infanzia classe sezione

Scuola primaria classe sezione

Scuola Secondaria di primo grado classe sezione

Direzione Didattica o istituto Comprensico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso (scuola)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_

**2. E' PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELLA L. 104/92**

si in situazione di gravità ex art.3 comma 3 Legge 104/92;

si in situazione di non gravità ex art.3 comma 1 Legge 104/92;

titolare di certificazione che prescrive l’Assistenza Specialistica ed in attesa di certificazione di cui alla L. 104/92;

data di scadenza della certificazione presentata \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. USUFRUISCE DELLE SEGUENTI TIPOLOGIE DI SERVIZI:**

Tipologia: Legge 162/98 L.R. 20/97 Servizio Educativo Territoriale

Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. USUFRUIRA' DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO:**

NO;

SI , rapporto 1/1 oppure 1/2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare obbligatoriamente :**

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell'art. 3 Legge 104/92;
2. Diagnosi funzionale;
3. copia del documento di identità del richiedente.

Dichiara:

* di aver preso visione dell'Avviso pubblico, delle modalità di accesso e di erogazione del servizio (Procedimento);
* di autorizzare l’Ente all’utilizzo dei propri dati, come previsto nell'allegato modello privacy;
* di autorizzare l'Ente, qualora lo ritenesse necessario, a richiedere all'istituzione scolastica copia della Diagnosi funzionale “D. F.”, resa da struttura Sanitaria Pubblica o Convenzionata;
* di prendere atto che le comunicazioni inerenti il presente procedimento avverranno attraverso i contatti indicati nel presente modulo.

Loiri Porto San Paolo, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

In fede

(è richiesta la firma di entrambi i genitori o esercenti la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_