

**AL COMUNE DI SANT'ANNA ARRESI**  
**Servizio Politiche Sociali**

(DA CONSEGNARE ALLA SCUOLA)

**OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica. A.S. 2019-2020.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ via n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**ISCRITTO/A PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO 2019-2020 presso:**

Scuola dell'infanzia classe sezione  
 Scuola primaria classe sezione  
 Scuola Secondaria di primo grado classe sezione  
Direzione Didattica o Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_  
e-mail plesso (scuola) \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_  
chiede di poter usufruire del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a.

A tal fine, l'interessato dichiara che:

**1) che il proprio figlio/a è portatore di handicap ai sensi della legge 104/92**

sia in situazione di gravità ex art.3 comma 3 Legge 104/92  
 sia in situazione di non gravità ex art.3 comma 1 Legge 104/92  
data di scadenza della certificazione presentata \_\_\_\_\_

**2) che il proprio figlio/a ha usufruito nell'anno scolastico 2018-2019 del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica**

si  No  se si, indicare:

periodo: dal \_\_\_\_\_ n° ore settimanali \_\_\_\_\_  
nome dell'Educatore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara:

- di essere consapevole che l'eventuale conferma dell'operatore sarà comunque vincolata alle esigenze organizzative del servizio.
- di essere consapevole che la ripartizione delle ore attribuite a ciascun alunno è assegnata sulla base delle specifiche risorse finanziarie comunali disponibili.

**3) che il proprio figlio/a usufruisce di Servizi di Assistenza Educativa Domiciliare**

Si  No

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

Educatore Professionale di riferimento: \_\_\_\_\_

Operatore Sociale comunale di riferimento: \_\_\_\_\_

**4) Che per il/la proprio/a figlio/a, per IL PROSSIMO anno scolastico 2019- 2020:**

non è stato richiesto l'insegnante di sostegno;

è stato richiesto l'insegnante di sostegno con rapporto \_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare obbligatoriamente:**

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell'ex art. 3 Legge 104/92;

2. Diagnosi funzionale redatta su modello predisposto, compilata in tutte le sue parti, resa da struttura Sanitaria Pubblica o Convenzionata.

*(Si precisa che certificazioni generiche rese da strutture private non convenzionate non potranno essere ammesse a titolo di documentazione sostitutiva della Diagnosi Funzionale. Altre certificazioni specialistiche saranno comunque assunte a corredo della domanda).*

**Dichiara:**

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico, delle modalità di accesso e di erogazione del servizio (Procedimento) ed esprime il proprio pieno e consapevole consenso;

- di autorizzare il Comune di Sant'Anna Arresi e l'istituzione scolastica interessata all'utilizzo dei propri dati, come previsto dal Decreto legislativo n° 196, del 30 giugno 2003 ed al GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione Dati, in vigore in tutta l'Unione Europea dal 25 maggio 2018).

Consenso dell'esercente la potestà genitoriale

*N.B. In assenza del consenso da parte dell'esercente la potestà genitoriale, non potrà procedere all'erogazione del servizio*

Sant'Anna Arresi, li \_\_\_\_\_

*In fede*

(è richiesta la firma di entrambi i genitori)

\_\_\_\_\_

(è richiesta la firma di entrambi i genitori)

\_\_\_\_\_