Comune di Nuraminis prot. n. 0002188 del 01-04-2020 arrivo

PROVINCIA SUD SARDEGNA

Legge Regionale 04.02.2016, n.2 recante "Riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna"

Spett.le Provincia Sud Sardegna
Ufficio Pubblica Istruzione
Via Mazzini n. 39
09013 Carbonia

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

Il/La sottoscritto/a_____nato/a a _____prov. (____) il ___/__/___

residente a _____ prov. (____) in Via _____ n. _____

CAP _____C.F_____telefono _____ cellulare_____

e.*mail* _____*PEC* _____

(compilare se diverso dalla residenza)

domiciliato/a a _____in Via _____n_____

telefono _____ cellulare _____ fax _____

email _____

PEC _____

in qualità di:

❑ padre ❑ madre ❑ esercente la responsabilità genitoriale

❑ amministratore di sostegno ❑ curatore ❑ tutore

dell'alunno _____

consapevole che non verranno accolte le richieste di attivazione del servizio di assistenza di base e d'incremento delle ore di sostegno didattico.

CHIEDE
l'attivazione del servizio assistenza specialistica
per l'alunno

Cognome_____Nome _____

nat___a _____ il _____ C.F. _____

residente a_____in via _____n._____

(compilare se diverso dalla residenza)

domiciliato in _____

Via _____n._____

telefono _____ cellulare _____ fax _____

email _____

iscritto\a alla scuola secondaria di II grado _____ sede staccata di _____ classe _____ sez. _____ con i seguenti orari di frequenza:

P_SUDSAR - P_SUDSAR - 1 - 2020-04-01 - 0007848

Giorno	Entrata	Uscita
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

DICHIARA

- che l'alunno è portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/90 art. 3 comma1 e 3;
- di aver preso visione del regolamento relativo ai servizi di supporto all'istruzione;
- di essere a consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto n.101/18 del 10 agosto 2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere informato che, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, i dati potranno essere condivisi con gli operatori coinvolti nel progetto educativo;

ALLEGA

❑ Fotocopia del verbale rilasciato dalla commissione medica attestante il riconoscimento dei benefici di cui alla legge 104/92 art. 3 comma 1 e 3

❑ Diagnosi funzionale attestante la necessità per l'alunno del servizio di assistenza specialistica;

❑ Fotocopia del documento d'identità;

❑ Fotocopia del codice fiscale;

❑ Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Luogo e data _____ FIRMA[1]

_____

[1] N.B.
1. Qualora la firma non sia autenticata, la dichiarazione deve essere corredata da fotocopia (fronte retro), non autenticata di un documento di identità, in corso di validità del sottoscrittore.
2. I contenuti della presente dichiarazione possono essere sottoposti alla verifica a campione ai sensi del combinato disposto dell'art. 70, comma 1, del D.P.R. n. 554 del 1999, dell'art. 48 del D. Lgs. n. 163/2006 e dell'art. 71 del D.P.R. n.445/2000.

NON MODIFICARE IL TESTO DEL PRESENTE MODULO

P_SUDSAR - P_SUDSAR - 1 - 2020-04-01 - 0007848