

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 E FORNITURA DI SUPPORTI MATERIALI

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'alunn _____

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

CHIEDE PER L'ALUNN_

Cognome _____ Nome _____ nat _____ a _____ il _____ C.F. _____
residente a _____ in via _____ n. _____

(compilare se diverso dalla residenza)

Domiciliat_ in _____
Via _____ n. _____
telefono _____ cellulare _____ fax _____
email _____

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

Giorno	Entrata	Uscita
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

I seguenti servizi:

Servizi	Si	No
Attivazione del servizio assistenza specialistica		
Fornitura supporti didattici		

A tal fine, DICHIARA

- che l'alunno_ è portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/90 art. 3 comma 1 e 3;
- di aver preso visione del Regolamento relativo ai servizi di supporto all'istruzione;
- di essere a conoscenza 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
- ☐ copia del piano educativo individualizzato (PEI), relativo all'annualità 2020_2021
- ☐ copia del Progetto individuale approvato dal Comune di residenza
- ☐ Fotocopia del documento d'identità del richiedente e del soggetto avente diritto
- ☐ Fotocopia codice fiscale del richiedente e del soggetto avente diritto
- ☐ Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Luogo e data _____

FIRMA¹

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