

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 sottoscritt _____
nat_ a _____ prov. (____)
il _____, residente a _____ prov. (____)
in Via _____ n. _____, CAP _____ CF _____

(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:

Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura

Richiesta di attivazione del servizio di assistenza specialistica

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 24.03.2017*

APPROVATO CON: -

AREA: *Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura*

DIRIGENTE: *Dr.ssa Maria Collu*

SETTORE: *Pubblica Istruzione*

RESPONSABILE -

SERVIZIO: *Servizio Assistenza specialistica e trasporto*

SEDE: *via Paganini, 22 - 09025 Sanluri (VS)*

TEL.: *+39 070 93 56 1*

FAX.: *+39 070 93 70 383*

REDATTO DA: -

C.F. *92121560921*

P.I.: *02981030923*

E-MAIL *Email*

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 comma 1 e 3;
- di aver preso visione del regolamento relativo ai servizi di supporto all'istruzione;
- di essere 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 di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

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;
- Piano educativo individualizzato (PEI);
- 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

Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura

Richiesta di attivazione del servizio di assistenza specialistica

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 24.03.2017*

APPROVATO CON: *-*

mod. Dichiarazione Sostitutiva x bandi.dot Versione 3.04 del 23.12.2010

PAG. 2 DI 2