



Amministrazione destinataria
 Comune di Terracina
 Ufficio destinatario
 Settore politiche sociali e scolastiche

Domanda di attivazione del servizio di assistenza per alunni disabili

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

del bambino/a

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	

iscritto alla scuola pubblica

Scuola	Classe	Sezione

CHIEDE

l'attivazione del servizio di assistenza specialistica per gli alunni diversamente abili

di tipo

Tipo di assistenza

- assistenza per non vedenti o ipovedenti
 assistenza per sordomunti o sordi prelinguali (LIS)
 altro *(specificare)*

nell'orario

Giorno della settimana	Orario
<input type="checkbox"/> lunedì	
<input type="checkbox"/> martedì	
<input type="checkbox"/> mercoledì	
<input type="checkbox"/> giovedì	
<input type="checkbox"/> venerdì	
<input type="checkbox"/> sabato	
Totale ore settimanali	

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

che nell'anno corrente

non usufruirà dell'insegnante di sostegno

usufruirà dell'insegnante di sostegno

Ore settimanali insegnante di sostegno anno corrente

che nell'anno precedente

non ha usufruito dell'insegnante di sostegno

ha usufruito dell'insegnante di sostegno

Ore settimanali insegnante di sostegno anno precedente

Eventuali annotazioni

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

diagnosi funzionale

certificazione sanitaria

copia del documento d'identità

(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)

altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Terracina

Luogo

Data

Il dichiarante