

All'Azienda Speciale Terracina

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					
Provincia	Comune		Indirizzo	Civico	CAP
Telefono fisso	Telefono cellulare		Posta elettronica ordinaria	Posta elettronica certificata	
del bambino/a					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
Telefono fisso	Telefono cellulare		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	
<input type="checkbox"/>	assistenza per non vedenti o ipovedenti
<input type="checkbox"/>	assistenza per sordomunti o sordi prelinguali (LIS)
<input type="checkbox"/>	altro (<i>specificare</i>)
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 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

<input type="checkbox"/>	non usufruirà dell'insegnante di sostegno
<input type="checkbox"/>	usufruirà dell'insegnante di sostegno
	Ore settimanali insegnante di sostegno anno corrente

che nell'anno precedente

<input type="checkbox"/>	non ha usufruito dell'insegnante di sostegno
<input type="checkbox"/>	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)

<input checked="" type="checkbox"/>	diagnosi funzionale
<input checked="" type="checkbox"/>	certificazione sanitaria
<input type="checkbox"/>	copia del documento d'identità <i>(da non allegare se l'istanza è presentata in modalità telematica o se la firma autografa è apposta di fronte a un pubblico ufficiale)</i>
<input type="checkbox"/>	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)

<input type="checkbox"/>	dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.
--------------------------	---

Terracina		
Luogo	Data	Il dichiarante