

Spett.le Provincia del Medio Campidano
Area Cultura - Ufficio Pubblica Istruzione
Via Paganini, 22
09025 Sanluri (VS)

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

___ sottoscritt_ _____
nat_ a _____ prov. (___)
il _____, residente a _____ prov. (___)
in Via _____ n. _____, CAP _____

(compilare se diverso dalla residenza)

domiciliat_ a _____
indirizzo _____
telefono _____ cellulare _____ fax _____
email _____
PEC _____

in qualità di:

padre madre esercente la patria potestà

del minore _____

CHIEDE

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

_____ nat_ a _____ il _____
C.F. _____ residente a _____
indirizzo _____

(compilare se diverso dalla residenza)

domiciliato in _____
indirizzo _____
telefono _____ cellulare _____ fax _____
email _____
iscritto\va alla scuola Secondaria di II grado _____
classe _____ sez. _____ con i seguenti orari di frequenza:

Assessorato alla Pubblica Istruzione

Richiesta di attivazione del servizio di assistenza specialistica

TIPO DOCUMENTO : *Modulistica*
AREA: *Cultura*
SETTORE: *Pubblica Istruzione*
SERVIZIO: *Pubblica Istruzione*
TEL.: *070 93561*
C.F. *92121560921*

VER.: *n. 1 del 29.09.2011*
FAX.: *070 9370383*
P.I.: *02981030923*

APPROVATO CON: *A.K. n. del*
DIRIGENTE: *Dr.ssa Maria Collu*
RESPONSABILE -
SEDE: *Via Paganini, 22 - 09025 Sanluri (VS)*
REDATTO DA: *Corda Maria Vincenza*
E-MAIL *istruzione@provincia.mediocampidano.it*

Giorno	Entrata	Uscita
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

DICHIARA

- L'alunno è portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/90 art. 3 comma1 e 3;
- 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 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.
- Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs.196/03, che le informazioni socio-sanitarie connesse all'erogazione del servizio saranno rese disponibili agli operatori che hanno accesso al sistema informativo ICARO.

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

Assessorato alla Pubblica Istruzione

Richiesta di attivazione del servizio di assistenza specialistica