

Amministrazione destinataria
 Provincia del Sud Sardegna



Ufficio destinatario
 Ufficio istruzione e programmazione
 rete scolastica

Domanda di attivazione del servizio di supporto socio-sanitario specialistico

Il sottoscritto

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

in qualità di

Ruolo

- genitore
- tutore
- esercente la responsabilità genitoriale
- amministratore di sostegno
- curatore
- delegato

Dal seguente soggetto

- genitore
- tutore
- esercente la responsabilità genitoriale
- amministratore di sostegno
- curatore

del minore

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Comune	Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP

CHIEDE

l'attivazione del servizio di supporto socio-sanitario specialistico

per l'alunno, frequentante l'istituto secondario

Istituto

<input type="radio"/>	di primo grado	Nome		Classe	Sezione
<input type="radio"/>	di secondo grado	Nome		Classe	Sezione

iscritto per il prossimo anno scolastico all'istituto secondario di secondo grado

Nome	Classe/indirizzo	Sezione	Sede

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 l'alunno è portatore di handicap ai sensi dell'art. 3, legge 104/92

comma 1

comma 3

che l'alunno è in possesso del verbale rilasciato dalla commissione medica per l'accertamento dell'handicap

Numero di domus/protocollo	Data di definizione
<input type="checkbox"/> con revisione come di seguito	
Anno	Mese

di aver preso visione del regolamento relativo ai servizi di supporto organizzativo all'integrazione scolastica in favore degli alunni diversamente abili

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Carbonia

Luogo

Data

Il dichiarante

Elenco degli allegati

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

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del documento di identità e codice fiscale dell'alunno beneficiario |
| <input type="checkbox"/> | delega sottoscritta dal genitore, l'esercente la potestà genitoriale, il tutore o altro |
| <input checked="" type="checkbox"/> | diagnosi funzionale attestante la necessità per l'alunno del servizio di assistenza specialistica e dei supporti |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del piano educativo individualizzato (PEI), relativo all'annualità precedente |
| <input type="checkbox"/> | copia del progetto individuale approvato dal comune di residenza
<i>(solo se l'alunno è iscritto al primo anno)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del documento d'identità e codice fiscale del genitore, esercente la potestà genitoriale, tutore o altro |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</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)

- 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.