

**Oggetto: Richiesta erogazione servizio assistenza all'autonomia e comunicazione
In favore di alunni con disabilità frequentanti le scuole dell'infanzia, primarie e
secondarie di primo grado. (L. 104/1992 art. 3 c. 3 , L. 328/2000**

-I- sottoscritt _____
nat—a _____
via/piazza _____ n. ___ Tel. Cell _____
genitore di _____ nato ___ a _____
il _____

CHIEDE

Il servizio di _____ per l'anno scolastico _____,
a favore del proprio figlio/a _____ frequentante l'Istituto
_____;

A tale fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dei benefici di cui agli art. 75 e 76 del D.P.R.445/2000,

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è così composto:

1	Cognome e Nome	Luogo di Nascita	Data di nascita	Parentela
2				
3				
4				
5				
6				

Che il/la proprio/a figlio/A è iscritto/a, per l'anno scolastico _____;
alla classe _____ dell'Istituto _____;

Alla presente si allega:

1. Fotocopia certificati legge 104 art. 3 c. 3 (rilasciato dall'U.V.M.);
2. Fotocopia del documento di riconoscimento;
3. Certificato medico rilasciato dalla Neuro Psichiatria Infantile.

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi per gli effetti di cui all'art. 13 del D.L.gs. 196/2003 che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____ li _____

Firma del Dichiarante

La presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste ad una pubblica amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

