**Oggetto: RICHIESTA ATTIVAZIONE SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA A.S. 2022/2023.**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. abit.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email/pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di genitore o tutore

**CHIEDE/CHIEDONO**

che il minore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Iscritto/a per il prossimo anno scolastico 2022-203 presso la:

1. Scuola dell'infanzia: classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sezione\_\_\_\_\_\_  dell’ Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Scuola Primaria: classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’ Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Scuola Secondaria di I grado: classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’ Istituto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ possa beneficiare del

* servizio di assistenza specialistica  ai sensi della L.104/92 art.13 comma 3.

**DICHIARA**

 che l’alunno  nell’anno scolastico in corso ha l’insegnante di sostegno per n. ore settimanali \_\_\_\_/ su n. ore \_\_\_\_ settimanali \_;

* **Si allega**:
* Certificazione rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92, attestante la natura e il grado di disabilità (copia leggibile);
* Diagnosi funzionale rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92 - aggiornata al passaggio di ciclo scolastico - con richiesta motivata di assistenza specialistica/ assistenza materiale  redatta sul modello dell'allegato C ;
* Piano Educativo Individualizzato;
* Fotocopia del documento d'identità in corso di validità e del codice fiscale o tessera sanitaria, del richiedente e dell’avente diritto

Autorizza al trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata al presente modulo, ai sensi del D. Lgs. n.196 del 30.06.2003

 Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_