

# PROVINCIA SUD SARDEGNA

Legge Regionale 04.02.2016, n.2 recante "Riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna"

Spett.le Provincia Sud Sardegna  
Ufficio Pubblica Istruzione  
Via Mazzini n. 39  
09013 Carbonia

## RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

*(compilare se diverso dalla residenza)*

domiciliato/a a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

in qualità di:

- padre                       madre                       esercente la responsabilità genitoriale  
 amministratore di sostegno                       curatore                       tutore

dell'alunno \_\_\_\_\_

consapevole che non verranno accolte le richieste di attivazione del servizio di assistenza di base e d'incremento delle ore di sostegno didattico.

### CHIEDE l'attivazione del servizio assistenza specialistica per l'alunno

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

*(compilare se diverso dalla residenza)*

domiciliato in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

iscritto/a alla scuola secondaria di II grado \_\_\_\_\_ sede staccata di  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ con i seguenti orari di frequenza:

*Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura*

*Richiesta di attivazione del servizio di assistenza specialistica*

TIPO DOCUMENTO: *Modulistica*                      VER.: *n. 1 del 24.03.2017*  
AREA: *Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura*  
SETTORE: *Pubblica Istruzione*  
SERVIZIO: *Servizio Assistenza specialistica e trasporto*  
TEL.: \_\_\_\_\_                      FAX.: \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_                      P.I.: \_\_\_\_\_

APPROVATO CON: -  
DIRIGENTE: *Dr.ssa Maria Collu*  
RESPONSABILE -  
SEDE: *via Paganini, 22 - 09025 Sanluri (VS)*  
REDATTO DA: -  
E-MAIL: *Email*

Giorno	Entrata	Uscita
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		
Sabato		

### DICHIARA

- che l'alunno è portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/90 art. 3 comma 1 e 3;
- di aver preso visione del regolamento relativo ai servizi di supporto all'istruzione;
- di essere 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 del Decreto n.101/18 del 10 agosto 2018, 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 che, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, i dati potranno essere condivisi con gli operatori coinvolti nel progetto educativo;

### ALLEGA

- Fotocopia del verbale rilasciato dalla commissione medica attestante il riconoscimento dei benefici di cui alla legge 104/92 art. 3 comma 1 e 3
- Diagnosi funzionale attestante la necessità per l'alunno del servizio di assistenza specialistica;
- Fotocopia del documento d'identità;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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**

*Area Appalti e Contratti, Welfare e Cultura*

*Richiesta di attivazione del servizio di assistenza specialistica*

TIPO DOCUMENTO : *Modulistica*

VER.: *n. 1 del 24.03.2017*

APPROVATO CON: *-*

*mod. Dichiarazione Sostitutiva x bandi Versione 3.04 del 23.12.2010*

PAG. 2 DI 2