

Al Coordinatore Ufficio di Piano Ambito N13
per il tramite del Dirigente Scolastico Istituto

**RICHIESTA DEL PROGETTO INDIVIDUALE/SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA
ALUNNI CON DISABILITA' NELLE SCUOLE DI INFANZIA-PRIMARIE E SECONDARIE 1° E 2° A.S. 2022-2023**
(In coerenza con il <DECRETO LEGISLATIVO 13 aprile 2017, n. 66 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità" e ss.mm.ii. in attesa della sua completa attuazione, in aderenza alle Linee Guida approvate con la deliberazione n. 423 del 27/07/2016 dalla Giunta Regionale Campania)

I sottoscritti genitori,

(madre) _____ nata a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
tel. abit. _____ tel.cell. _____ e-mail _____
(padre) _____ nato a _____
il _____ residente a _____ in Via _____
tel. abit. _____ tel.cell. _____ e-mail _____

dell'alunno/a-studente/ssa _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n. _____
c.a.p. _____ iscritto/a _____ per l'a.s. 2022/2023 al _____ anno
sez. _____ dell'Istituto/Scuola _____ indirizzo di
studio _____ sede di _____

consapevoli delle sanzioni penali previste per chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dalla legge e della contestuale decadenza dai benefici eventualmente conseguenti a seguito di provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

CHIEDONO

per l'alunno/a-studente/ssa sopra indicato l'attivazione del Servizio di Assistenza Scolastica ai sensi del DECRETO LEGISLATIVO 13 aprile 2017, n. 66 .

ALLEGANO

1. Certificazione rilasciata dall'INPS ai sensi della Legge 104/1992 art. 3 comma 3;
2. Certificazione ai sensi della L. 104/92 Artt. 12 e 13;
3. Fotocopia del documento d'identità dei sottoscrittori.

DICHIARANO

–Di avere preso visione della DELIBERA GIUNTA REGIONALE N. 423 DEL 27.07.2016 relativa agli "INDIRIZZI INDIRIZZI OPERATIVI PER ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI SUPPORTO ALL'INTEGRAZIONE SCOLASTICA.....".

–Che il proprio figlio:

◆ ha già usufruito del Servizio di Assistenza Scolastica presso la scuola _____ nell'anno scolastico _____

◆ è in trattamento riabilitativo presso il Centro _____ per n. _____ giorni settimanali, con il seguente piano orario settimanale:

◆ che il medico di riferimento è il dott. _____ rintracciabile ai seguenti recapiti: indirizzo _____ fax _____ e-mail _____

Eventuali comunicazioni utili:

AUTORIZZANO

il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196.

Data _____

...(madre: _____)
...(padre: _____)

.....
.....

Allegare documento riconoscimento dei genitori.