

**Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali**

**Domanda per l'accesso al Servizio Assistenza Scolastica per persone con disabilità**

**Il/La Destinatario/a**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

**Il/La Richiedente**

Indicare il rapporto che intercorre tra segnalante e destinatario/a: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ (stato estero) \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ , a \_\_\_\_\_ , n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

Recapiti: tel. \_\_\_\_\_ , cell. \_\_\_\_\_ , fax \_\_\_\_\_ , e-mail: \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.P.R. 445/00 e consapevole delle responsabilità penali previste dalla medesima norma, per falsità in atti e mendaci dichiarazioni, dichiara di essere in possesso dei seguenti requisiti (contrassegnarli con una X):

- mancanza di entrambi i genitori e di fratelli/sorelle;
- mancanza di un genitore;
- disabili con particolari patologie in gravi condizioni di salute;
- disabili segnalati dalle istituzioni scolastiche;
- disabili soggetti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
- presenza nella famiglia di particolari problemi di ordine psico-socio-sanitario valutati dall'Assistente Sociale o in UVI, in caso di particolari necessità.

Dichiara, infine, di essere informato del fatto che:

Il trattamento dei propri dati personali, anche di tipo sensibile, avverrà nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs 196/03;

Le procedure di erogazione dei Servizi potrebbero subire delle modifiche, laddove sia formalizzato il procedimento di accreditamento;

**Allega**, alla presente domanda **(contrassegnarli con una X)**:

- attestazione I.S.E.E. rilasciata ai sensi del D.lgs 109/98 e successive modificazioni e integrazioni;
- fotocopia del documento d'identità, nel caso in cui la domanda non sia sottoscritta in presenza di un operatore incaricato;
- certificato medico, laddove previsto;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ .

Luogo e data: \_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

\*Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Firma del Destinatario

Firma del Segnalante

---