



COMUNE DI CAGLIARI  
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI

**AL COMUNE DI CAGLIARI**

**Servizio Politiche Sociali**

**(DA INVIARE ALLA PEC: [sociale.minori@comune.cagliari.legalmail.it](mailto:sociale.minori@comune.cagliari.legalmail.it) )**

**OGGETTO: Nuova Richiesta Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica. A.S. 2020-21.**

Il/La sottoscritto/a  nato a

il  residente a

CAP  via  n

tel  Cell

e-mail

genitore/tutore dell'alunno/a  nato a ,

il , C.F

residente a  via

**chiede di poter usufruire del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a.**

**A tal fine, dichiara che il minore:**

**1. E' STATO ISCRITTO PRESSO:**

Scuola dell'infanzia  classe  sezione

Scuola primaria  classe  sezione

Scuola Secondaria di primo grado  classe  sezione

Direzione Didattica o Istituto Comprensivo

via  tel

e-mail  plesso (scuola)

via

## 2. E' PORTATORE DI HANDICAP AI SENSI DELLA L. 104/92

si in situazione di gravità ex art.3 comma 3 Legge 104/92

si in situazione di non gravità ex art.3 comma 1 Legge 104/92

data di scadenza della certificazione presentata

## 3. USUFRUISCE DELLE SEGUENTI TIPOLOGIE DI SERVIZI:

Tipologia:  Legge 162/98  L.R. 20/97  Servizio Educativo Territoriale

Assistente Sociale di riferimento:

U. Territoriale°

## 4. USUFRUIRA' DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO:

NO;

SI , rapporto 1/1 oppure 1/2

### **Documentazione da allegare obbligatoriamente :**

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell'art. 3 Legge 104/92;
2. copia del documento di identità del richiedente.

Dichiara:

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico, delle modalità di accesso e di erogazione del servizio (Procedimento);
- di autorizzare l'Ente all'utilizzo dei propri dati, come previsto nell'allegato modello privacy;
- di far parte di associazioni a tutela o di sostegno di minori con disabilità, se sì quale

- 
- di autorizzare l'Ente, qualora lo ritenesse necessario, a richiedere all'istituzione scolastica copia della Diagnosi funzionale "D. F.", resa da struttura Sanitaria Pubblica o Convenzionata.
  - di prendere atto che le comunicazioni inerenti il presente procedimento avverranno attraverso il numero di cellulare indicato nel presente modulo.

Cagliari, li \_\_\_\_\_

In fede

(è richiesta la firma di entrambi i genitori o esercenti la responsabilità genitoriale)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_