

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: Rinnovo 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

**Chiede il rinnovo del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per l'anno scolastico 2020-2021.**

**A tal fine dichiara che il proprio figlio, per l'anno scolastico 2020-2021:**

**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

**2) 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, (solo se è stata rinnovata nel corso dell'anno);
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 si 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)

\_\_\_\_\_

(è richiesta la firma di entrambi i genitori)

\_\_\_\_\_