

***“Domanda per l’attivazione del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica in favore degli Alunni con Disabilità”
- Anno Scolastico 2025/2026***

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
___/___/___ e residente _____ (padre/tutore del minore) Telefono
_____ e la sottoscritta _____ nata
a _____ il ___/___/___ e residente _____
madre/tutrice del minore) _____ Tel./Cell. _____
in qualità di esercente/i la potestà genitoriale

CHIEDE/CHIEDONO

che l’alunno/a _____ nato/a _____ il
___/___/___ e residente in _____ alla via _____

Iscritto/a per l’anno scolastico 2025-2026 presso la:

- € Scuola Primaria: classe _____ sezione _____
- € Scuola Secondaria di I° grado: classe _____ sezione _____
- € Scuola Secondaria di II° grado: classe _____ sezione _____

dell’Istituto Scolastico _____
possa beneficiare del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica.

DICHIARA _____

Che l’alunno:

- € è in possesso del Certificato L. 104/92;
- € ha già usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
- € non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica;
- € usufruisce di un Piano Educativo Individualizzato - PEI;
- € necessita di assistenza farmacologica nell’orario scolastico.
- € Altro (specificare) _____

Luogo e data

Firma (padre/tutore)

Firma (madre/tutrice)

ALLEGA_____

- Fotocopia carta d'identità del/dei richiedenti in corso di validità;
- Eventuale provvedimento di tutela giuridica del richiedente (tutela, curatela, amministrazione di sostegno);
- Certificazione ai sensi della Legge 104/92 o Verbale di invalidità civile;

**Ambito Territoriale Sociale S8**

UFFICIO di PIANO di ZONA S8
Piazza Vittorio Emanuele II n. 26
84078 Vallo della Lucania (SA)
Pec: pianosocialedizonavallo@legalmail.it

**“Domanda per l’attivazione del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica in favore degli Alunni con Disabilità”
 - Anno Scolastico 2025/2026**

Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati) Si informa che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento dei dati personali raccolti viene effettuato per finalità connesse all’esecuzione di compiti di interesse pubblico e per l’esercizio di pubblici poteri, nonché per adempiere ad eventuali obblighi di legge (ai sensi dell’art. 6 par. 1 del Regolamento 2016/679) nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (D. Lgs. 30.6.2003, n. 196)

I/Il sottoscritti/o _____
 e _____

in qualità di soggetti aventi patria potestà/tutore legale del minore

dichiara_____

di aver preso visione dell'Informativa sull'uso dei dati personali (**D. Lgs n° 196 del 30 Giugno 2003 e successive integrazioni**) ed espressamente acconsentono al trattamento dei dati personali, anche sensibili, del proprio figlio/a nel rispetto delle prescrizioni di legge per le finalità inerenti all'espletamento del Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica.

Luogo e data

Firma (padre/tutore)

Firma (madre/tutrice)
