PROVINCIA SUD SARDEGNA

Legge Regionale 04.02.2016, n.2 recante “Riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna”

Spett.le Provincia Sud Sardegna Ufficio Pubblica Istruzione

Via Mazzini n. 39 09013 Carbonia

**RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA E FORNITURA DI SUPPORTI MATERIALI**

Il/La sottoscritto/a nato/a a prov. ( ) il / / residente a prov. ( ) in Via n. CAP C.F telefono cellulare e*.mail PEC*

*(compilare se diverso dalla residenza)*

domiciliato/a a in Via n

telefono cellulare fax email PEC

in qualità di:

* padre  madre  esercente la responsabilità genitoriale
* amministratore di sostegno  curatore  tutore

dell’alunn\_

consapevole che non verranno accolte le richieste di attivazione del servizio di assistenza di base e d’incremento delle ore di sostegno didattico.

**CHIEDE PER L’ALUNN\_**

Cognome Nome nat a il C.F.

residente a in via n.

*(compilare se diverso dalla residenza)*

Domiciliat\_ in Via n. telefono cellulare fax email iscritt\_\\_ alla scuola secondaria di II grado sede staccata di

 classe sez. con i seguenti orari di frequenza:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Giorno  |  Entrata  |  Uscita  |
| Lunedì |  |  |
| Martedì |  |  |
| Mercoledì |  |  |
| Giovedì |  |  |
| Venerdì |  |  |
| Sabato |  |  |

**I seguenti servizi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Servizi** | **Si** | **No** |
| **Attivazione del servizio assistenza specialistica** |  |  |
| **Fornitura supporti didattici**  |  |  |

**A tal fine, DICHIARA**

* che l’alunn\_ è portatore di handicap grave ai sensi della legge 104/90 art. 3 comma1 e 3;
* di aver preso visione del Regolamento relativo ai servizi di supporto all’istruzione;
* di essere a consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e che in caso di dichiarazioni non veritiere decade dai benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato sulla base della presente dichiarazione, come previsto dall’art. 75 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto n.101/18 del 10 agosto 2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
* di essere informato che, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, i dati potranno essere condivisi con gli operatori coinvolti nel progetto educativo;

**ALLEGA**

* Fotocopia del verbale rilasciato dalla commissione medica attestante il riconoscimento dei benefici di cui alla legge 104/92 art. 3 comma 1 e 3
* Diagnosi funzionale attestante la necessità per l’alunno del servizio di assistenza specialistica
* copia del piano educativo individualizzato (PEI), relativo all’annualità 2020\_2021
* copia del Progetto individuale approvato dal Comune di residenza
* Fotocopia del documento d’identità del richiedente e del soggetto avente diritto
* Fotocopia codice fiscale del richiedente e del soggetto avente diritto
* Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Luogo e data

FIRMA1

1 N.B.

* 1. Qualora la firma non sia autenticata, la dichiarazione deve essere corredata da fotocopia (fronte retro), non autenticata di un documento di identità, in corso di validità del sottoscrittore.
	2. I contenuti della presente dichiarazione possono essere sottoposti alla verifica a campione ai sensi del combinato disposto dell’art. 70, comma 1, del D.P.R. n. 554 del 1999, dell’art. 48 del D. Lgs. n. 163/2006 e dell’art. 71 del

D.P.R. n.445/2000.

**NON MODIFICARE IL TESTO DEL PRESENTE MODULO**