

Al Comune di  
Direzione Famiglia e Politiche Sociali  
P.O. Anziani-Disabilità-Integrazione Socio-Sanitaria

Oggetto: Servizi integrativi, aggiuntivi e migliorativi per l'assistenza degli alunni disabili frequentanti le scuole pubbliche dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado – anno scolastico 2021/2022.

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
esercente la potestà su \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Chiede**

Servizi integrativi, aggiuntivi e migliorativi anno scolastico 2021/2022

a favore del \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze in caso di dichiarazione mendace, ai sensi dell'art.26 della L. 15/68 e successive modifiche:

- a) di essere residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_
- b) che il proprio figlio/a è in possesso della Legge 104/92 (art.3 comma 3) soggetto portatore di handicap in situazione di gravità in corso di validità
- c) che il proprio figlio/a è in possesso della certificazione della Neuropsichiatria Infantile dell' ASP attestante la non autosufficienza ai fini del servizio
- d) che il proprio figlio/a è iscritto nell'anno scolastico 2021/2022

presso la scuola \_\_\_\_\_

Infanzia  primaria  media

Plesso \_\_\_\_\_

Alla presente allega:

- 1) Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscritto

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati le dichiarazioni contenute nella presente comporta l'automatica decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale.

Il sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali relativamente ai soli fini dello svolgimento del procedimento per l'ottenimento del servizio

Il sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione che lo riguarda sia inviata al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_