

**PLUS Ambito Territoriale Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino**

**Domanda per l'attivazione del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica  
a favore degli alunni diversamente abili ai sensi della L.104/92**

**GENERALITÀ DELL'ALUNNO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ in via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ frequentante la scuola \_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO DELL'ALUNNO**

Cognome e nome dei componenti	Luogo e Data di nascita	Relazione di parentela con l'alunno	Condizione lavorativa

**RICHIESTA DEL GENITORE**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel. / Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**In qualità di genitore o esercente la potestà genitoriale, chiede l'attivazione del Servizio di Assistenza Scolastica Specialistica a favore del proprio figlio. Ai fini della predisposizione del progetto**

**DICHIARA**

**Che il/la proprio/a figlio/a:**

- è in possesso del Certificato L. 104/92 art. 3 comma \_\_\_ con validità temporanea  permanente
- ha già usufruito del servizio di Assistenza Scolastica Specialistica
- non ha mai usufruito del servizio di Assistenza Scolastica Specialistica
- usufruisce di un Piano Personalizzato ai sensi della L.162/98
- usufruisce dei benefici di cui alla L.R. 20/97
- frequenta attività sportive, ricreative-educative extrascolastiche

**Che per il/la proprio/a figlio/a, per il prossimo anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_:**

- è stato richiesto l'insegnante di sostegno
- non è stato richiesto l'insegnante di sostegno

**Di essere informato**, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e di rilasciare al proposito con la presente richiesta idonea liberatoria al trattamento dei dati forniti e alla trasmissione degli stessi tra gli Enti e i soggetti competenti. In particolare alle informazioni personali potranno avere accesso l'Istituzione scolastica, i componenti il GLO d'Istituto, gli uffici dell'Ente locale incaricato dell'assistenza, gli operatori preposti al servizio di assistenza.

**ALLEGA**

Relazione sanitaria indicante la tipologia degli interventi da attuare in relazione all'area funzionale interessata dal progetto di Assistenza Scolastica Specialistica.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_