

Al Sindaco  
Comune di Alà dei Sardi

**Servizio Assistenza Scolastica Specialistica**  
**( LR 03/2008 comma 1 lett.a –LR 01/2009 art3 comma18)**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ ( ) in via \_\_\_\_\_

Telefono abitazione \_\_\_\_\_ Telefono cellulare \_\_\_\_\_

**In qualità di ( indicare grado parentela)**

- genitore  
 amministratore di sostegno  
 altro \_\_\_\_\_

**CHIEDE PER**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Scuola frequentata \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

**Il Servizio di Assistenza Scolastica Disabili per l'Anno Scolastico** \_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:

- verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi della Legge n.104/92;
- certificato medico rilasciato dai servizi specialistici della A.S.L. ;
- verbale di invalidità civile;
- altro \_\_\_\_\_

Inoltre dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo n. 196/2003 ( Codice in materia di

protezione dei dati personali ) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.

Alà dei Sardi li \_\_\_\_\_

Firma del/la richiedente

\_\_\_\_\_