



DOMANDA ISCRIZIONE
SERVIZIO ASSISTENZA SCOLASTICA IN FAVORE DI ALUNNI DISABILI
A.S. 2025/2026
(SCADENZA PRESENTAZIONE 29 AGOSTO 2025)

Ai Servizi Sociali
del Comune di La Maddalena

OGGETTO: Richiesta Servizio Assistenza Scolastica in favore di alunni disabili a.s. 2025/2026.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il __/__/____ C.F. _____ residente
a _____ via _____ n. _____
tel./cell. _____ Mail _____ in
qualità di genitore/affidatario/tutore

CHIEDE

di poter usufruire del Servizio Assistenza Scolastica per il proprio figlio/a _____ che frequenta l'Istituto Comprensivo Statale (barrare la casella corrispondente alla opzione scelta):

- ☐ Scuola dell'Infanzia di _____ sezione _____;
- ☐ Primaria Plesso di _____ classe _____ sezione _____;
- ☐ Secondaria di I Grado Via La Fornace classe _____ sezione _____;

con il seguente orario:

Giorni	Indicare nella riga corrispondente gli orari scolastici
Lunedì	
Martedì	
Mercoledì	
Giovedì	
Venerdì	

Nello specifico, data la particolare condizione del proprio figlio e in considerazione della certificazione sanitaria allegata, si richiede che il servizio sia eseguito attraverso:

- ☐ Educatore
- ☐ Operatore Socio Sanitario

La Maddalena, _____

(Firma genitore/affidatario/tutore)

(Firma genitore/affidatario/tutore)

IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affidamento congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori.

Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore _____

CERTIFICAZIONI DA ALLEGARE

Allegare alla presente:

- ☐ copia del Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi della L 104/92 (in corso di validità)
- ☐ copia della diagnosi funzionale (in corso di validità)
- ☐ altra documentazione sanitaria (specificare quale) _____
- ☐ Documento di identità del richiedente (obbligatorio)

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ genitore/tutore di _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

La Maddalena, _____

Firma per accettazione
