

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritto/a _____, nata/o a _____ il
_____ e residente presso il Comune di _____ in via _____ n.
_____ telefono _____ email _____ Codice
Fiscale _____ in qualità di genitore/esercitante la responsabilità genitoriale per
il/la proprio/a figlio/a _____ nata/o a
_____ il _____ Codice Fiscale _____ e residente
presso il Comune di _____ in via _____ n. _____

Avendo i requisiti previsti nell'Avviso Pubblico "Insieme per Apprendere"

CHIEDE

di poter beneficiare de servizi specialistici rivolti agli alunni DSA, ADHD, BES

A tal fine DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli art. 46 e 47 del DPR. 445/2000 e ss.mm.ii. e consapevole delle sanzioni amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 della Legge 445/2000 per il caso di dichiarazioni mendaci, false o reticenti, quanto segue:

- 1) che il/la proprio/a figlio/a è residente nel Comune di _____;
- 2) che il/la proprio/a figlio/a frequenta la classe _____ della scuola primaria dell'Istituto Comprensivo/
Circolo Didattico _____;

Allega:

- Copia documento di identità del richiedente in corso di validità;
- Copia codice fiscale del richiedente e dell'alunno destinatario del servizio;
- Certificazione rilasciata dall'istituzione scolastica per gli alunni BES (PDP);
- Certificazione rilasciata dalla Neuropsichiatria Infantile territorialmente competente per alunni con DSA e ADHD.

_____ li _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La _____ attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 integrato dal DGPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

firma _____