

**RICHIESTA DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA EDUCATIVA SPECIALISTICA PER GLI ALUNNI
CON DISABILITA' ISCRITTI NELLE SCUOLE SUPERIORI DELLA CITTA' METROPOLITANA DI
CAGLIARI**

ANNO SCOLASTICO _____

(modulo da compilare da parte del genitore e restituire al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritt _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in Via _____

tel. abit. _____ tel. Cell. _____

e-mail _____

in qualità di _____ dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ c.a.p. _____ iscritto/a per l'a.s. _____

al _____ anno sez. _____ dell'Istituto _____ indirizzo di studio _____

sede di _____

CHIEDE

per l'alunno/a sopra indicato l'attivazione del servizio di assistenza educativa specialistica ai sensi della L.104/92 art.13 comma 3.

ALLEGA

1. Certificazione rilasciata dal competente Servizio dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), ai sensi della L. 104/92, attestante la natura e il grado di disabilità (copia leggibile);
2. Diagnosi funzionale - aggiornata al passaggio di ciclo scolastico - con richiesta motivata di assistenza educativa specialistica. Per gli studenti già frequentanti le scuole superiori è preferibile allegare anche un aggiornamento biennale della richiesta del servizio a cura del medico specialista;
3. Fotocopia del documento d'identità del sottoscrittore.

N.B. Per gli studenti delle scuole superiori che già usufruiscono del servizio i documenti di cui ai punti 1 e 2 sono da allegare solamente nel caso in cui quelli precedentemente consegnati non siano più in corso di validità.

DICHIARA

Di avere preso visione del regolamento relativo al servizio di assistenza educativa specialistica per gli alunni con disabilità frequentanti gli istituti superiori della Città Metropolitana di Cagliari;

- che il proprio figlio:

ha già usufruito del servizio di assistenza educativa specialistica con l'educatore

_____ presso la scuola _____

nell'anno scolastico _____ ;

è in trattamento presso il Centro _____, che il medico di

riferimento è il dott. _____, rintracciabile ai seguenti recapiti:

indirizzo _____

fax _____ e-mail _____

Eventuali comunicazioni utili:

Data

Firma

Autorizzo il trattamento dei dati personali sopra indicati e dei dati sensibili contenuti nella documentazione allegata alla presente ai sensi del Decreto Legislativo 30.06.2003 n.196 e **ss.mm.ii.**

Firma
