



Azienda Speciale Consortile A04

c/o Comune di Avellino
Piazza del Popolo, 1
Tel. 0825 200249
PEC: protocollo@pec.ambitoa04.it - C.F.: 92107500644

**RICHIESTA SERVIZIO INTEGRAZIONE SCOLASTICA PER ALUNNI DISABILI
SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI I E II GRADO - ANNO SCOLASTICO 2024-2025**

ANAGRAFICA RICHIEDENTE/GENITORE/TUTORE/ALTRO

GENITORE 1

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:
RESIDENZA:	INDIRIZZO:
TEL FISSO:	CELL:
<input type="checkbox"/> GENITORE	<input type="checkbox"/> ALTRO

ANAGRAFICA RICHIEDENTE/GENITORE/TUTORE/ALTRO

GENITORE 2

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:
RESIDENZA:	INDIRIZZO:
TEL FISSO:	CELL:
<input type="checkbox"/> GENITORE	<input type="checkbox"/> ALTRO

ANAGRAFICA MINORE

COGNOME:	NOME:
LUOGO E DATA DI NASCITA:	CODICE FISCALE:
RESIDENZA:	INDIRIZZO:
TEL FISSO:	CELL:

CHIEDE

L'attivazione del servizio di Assistenza Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a, iscritto/a per l'anno scolastico **2024-2025** presso la Direzione didattica/Circolo Didattico/Istituto Comprensivo

plesso di via _____, classe _____

Si Allega:

- Richiesta Assistente alla Comunicazione della Neuropsichiatria Infantile
- Verbale accertamento Handicap e/o Certificazione di Invalidità Civile
- Copia F/R documento di riconoscimento del dichiarante.

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Avellino lì,

Firma

Genitore 1

Firma

Genitore 2
