

data di scadenza della certificazione presentata ___/___/_____

3. USUFRUISCE DELLE SEGUENTI TIPOLOGIE DI SERVIZI:

Tipologia: Legge 162/98 L.R. 20/97 Servizio Educativo Territoriale

Altro: _____

4. USUFRUIRA' DELL'INSEGNANTE DI SOSTEGNO:

NO;

SI , rapporto 1/1 oppure 1/2 _____

Documentazione da allegare obbligatoriamente :

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell'art. 3 Legge 104/92;
2. Diagnosi funzionale;
3. copia del documento di identità del richiedente.

Dichiara:

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico, delle modalità di accesso e di erogazione del servizio (Procedimento);
- di autorizzare l'Ente all'utilizzo dei propri dati, come previsto nell'allegato modello privacy;
- di autorizzare l'Ente, qualora lo ritenesse necessario, a richiedere all'istituzione scolastica copia della Diagnosi funzionale "D. F.", resa da struttura Sanitaria Pubblica o Convenzionata;
- di prendere atto che le comunicazioni inerenti il presente procedimento avverranno attraverso i contatti indicati nel presente modulo.

Loiri Porto San Paolo, li ___/___/_____

In fede

(è richiesta la firma di entrambi i genitori o esercenti la responsabilità genitoriale)

