

	Amministrazione destinataria Comune di Mascalucia Ufficio destinatario Area III -Servizi Sociali e Culturali	
---	---	--

Domanda di accesso al servizio di assistenza alla comunicazione e all'autonomia personale

Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario									
Cognome			Nome			Codice Fiscale			
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza			
Residenza									
Provincia	Comune		Indirizzo			Civico	Barrato	SNC	CAP
								<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata			

del bambino					
Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza

CHIEDE

l'accesso al servizio di assistenza alla comunicazione e all'autonomia a favore del minore, per l'anno scolastico

Anno scolastico

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- di essere residente in Mascalucia all'indirizzo indicato in anagrafica
- che il minore è in possesso dei requisiti previsti dalla Legge 05/02/1992, n. 104, articolo 3, comma 3
- che il minore è in possesso del certificato di diagnosi funzionale rilasciato dall'UOC territoriale di neuropsichiatria infantile
- che il minore è iscritto nell'anno scolastico presso la scuola

Denominazione della scuola	
Plesso	Comune

- di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati e le dichiarazioni contenute nella presente comporta l'automatica decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale

Eventuali annotazioni**Elenco degli allegati**

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

<input checked="" type="checkbox"/>	copia del verbale attestante il possesso dei requisiti previsti dalla Legge 05/02/1992, n. 104
<input checked="" type="checkbox"/>	certificato di diagnosi funzionale rilasciato dall'UOC territoriale di neuropsichiatria infantile
<input type="checkbox"/>	documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Mascalucia

Luogo

Data

Il dichiarante