

	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
							<input type="checkbox"/> SNC
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