

Oggetto: Richiesta servizi socio-assistenziali studenti disabili - A.S. .... / .....

Il/la sottoscritto/a ..... in qualità di genitore/tutore  
dello studente disabile ..... nato a.....  
il ..... residente in.....  
via .....  
recapiti telefonici .....  
e-mail.....  
iscritto per l'A.S. .... / ... alla classe.....  
di codesto Istituto d'Istruzione Superiore .....  
plesso .....

**CHIEDE**

che il proprio figlio/a possa usufruire dei servizi previsti ai sensi della L.R. n. 24/2016 art.6 c.1 e ss.mm.ii. (barrare una o più caselle) :

ASSISTENZA IGIENICO - PERSONALE (integrativa a supporto Scuola)

TRASPORTO

ASSISTENZA ALL'AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE  
qualora si tratti di alunno sordo/ipoudente precisare se si richiede L.I.S.

SI

NO

Il sottoscritto **AUTORIZZA** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili per le finalità di fruizione dei servizi richiesti ed **allega copia del proprio documento** di identità personale, in corso di validità.

data .....

FIRMA .....

**AVVERTENZE**

Alla richiesta deve essere allegata la certificazione sanitaria aggiornata, rilasciata da struttura pubblica, relativa all'handicap per cui si richiede uno o più dei suindicati servizi.

Non saranno accolte le istanze non corredate da tale documentazione.

**DA INOLTARE, A CURA DELLA SCUOLA, ALLA CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA**