

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 INOLTRE, A CURA DELLA SCUOLA, ALLA CITTA' METROPOLITANA DI MESSINA