

Oggetto: Richiesta servizi socio-assistenziali studenti disabili - A.S. 2024/2025

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