

Spett.le Provincia di Brindisi
Servizio 1 Servizi per l'integrazione scolastica
Via De Leo, n°3
72100 BRINDISI

INVIO TRAMITE:

- RACC. A/R**
- BREVI MANI PRESSO L'UFFICIO POSTA IN ARRIVO**
- PEC:**
provincia@pec.provincia.brindisi.it
(RICEVE ANCHE DA PEO)

OGGETTO: DOMANDA DI ASSISTENZA SPECIALISTICA PERSONALIZZATA SCOLASTICA PER VIDEOLESI E AUDIOLESI – A.S. 2019/2020

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (COGNOME E NOME) _____ NATO/A IL _____
A _____, C.F. _____, E RESIDENTE IN _____
ALLA VIA/PIAZZA _____ N. _____ TEL. _____
E-MAIL _____ IN QUALITÀ DI _____
(PADRE/MADRE, ESERCENTE LA POTESTÀ, TUTORE LEGALE)

CHIEDE

L'ACCESSO AL SERVIZIO DI ASSISTENZA SPECIALISTICA SCOLASTICA PER VIDEOLESI E AUDIOLESI,
A FAVORE DI:

(COGNOME E NOME) _____, NATO/A IL _____ A _____,

C.F. _____, E RESIDENTE IN _____ ALLA VIA/PIAZZA _____ N. _____

E A TAL FINE

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE:

- DELLA **DELIBERA G.R. N° 996 DEL 12/06/2018** E, IN PARTICOLAR MODO, DELL'ALLEGATO 1-
ALLEGATO TECNICO PER LA RIORGANIZZAZIONE OMOGENEA DEI SERVIZI SUL TERRITORIO,
DI CUI LA PROVINCIA DI BRINDISI HA PRESO ATTO CON DECRETO PRESIDENZIALE N° 38 DEL 25.06.18.

QUINDI, CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCI A DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL
CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTT. **46,**
75 E 76 D.P.R. N. 445/2000,

CONFERMA

Nella sua qualità di ¹ _____ dell'alunno/a che questi ha le generalità anagrafiche di cui sopra e
frequenterà la scuola di seguito indicata:

¹ _____
Genitore, tutore o curatore;

Istituto da frequentare nell'anno scolastico _____	
Sede dell'istituto	
Classe da frequentare	

Che lo/a studente/ssa usufruisce/rà dei seguenti ulteriori servizi d'integrazione scolastica (in caso di risposta positiva, specificare quali e le ore di fruizione):

- SI**
 Tipo di servizio: _____
 Ente erogatore _____
 Ore di fruizione _____
- NO**

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- a) Copia integrale della Certificazione disabilità sensoriale grave, in originale o copia dichiarata conforme all'originale ai sensi delle norme vigenti in materia, , attestante la gravità della disabilità e rilasciata dal competente SSR;
- b) Dichiarazione per la tutela della privacy, redatta e firmata come da schema tipo in uso presso i servizi sociali della Provincia di Brindisi;
- c) Fotocopia di valido documento d'identità del/la dichiarante;

Luogo e data _____

Firma
