



COMUNE DI CAGLIARI

Servizio Politiche Sociali

**AL COMUNE DI CAGLIARI**  
**Servizio Politiche Sociali**  
**(DA CONSEGNARE ALLA SCUOLA)**

**OGGETTO: Richiesta Servizio di Assistenza Specialistica Scolastica. A.S. 2017-18.**

Il/La sottoscritto/a.....nato a  
..... il..... residente a ..... CAP .....  
via..... n..... tel.....  
Cell..... e-mail.....  
genitore/tutore dell'alunno/a..... nato a .....  
....., il ....., C.F.....  
residente a..... via.....

**ISCRITTO/A PER IL PROSSIMO ANNO SCOLASTICO 2017-2018 presso:**

Scuola dell'infanzia  classe sezione

Scuola primaria  classe sezione

Scuola Secondaria di primo grado  classe sezione

Direzione Didattica o Istituto Comprensivo.....

via .....tel.....

e-mail.....plesso (scuola) .....

.....via.....

chiede di poter usufruire del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica per il proprio figlio/a.

A tal fine, l'interessato dichiara che:

**1) che il proprio figlio/a è portatore di handicap ai sensi della legge 104/92**

si in situazione di gravità ex art.3 comma 3 Legge 104/92

si in situazione di non gravità ex art.3 comma 1 Legge 104/92

**2) che il proprio figlio/a ha usufruito nell'anno scolastico 2016-2017 del servizio di Assistenza Educativa Specialistica Scolastica**    **si**    **No**

**se si, indicare:**

periodo: dal \_\_\_\_\_ n° ore settimanali \_\_\_\_\_

nome dell'Educatore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole che l'eventuale conferma dell'operatore sarà comunque vincolata alle esigenze organizzative del servizio.

**3) che il proprio figlio/a usufruisce di Servizi di Assistenza Educativa Domiciliare**

**Si**    **No**

Tipologia:    Legge 162/98    L.R. 20/97    Servizio Educativo Territoriale

Assistente Sociale di riferimento: \_\_\_\_\_

sede territoriale° \_\_\_\_\_

**4) Che per il/la proprio/a figlio/a, per IL PROSSIMO anno scolastico 2017- 2018:**

non è stato richiesto l'insegnante di sostegno;

è stato richiesto l'insegnante di sostegno con rapporto .....

**Documentazione da allegare obbligatoriamente :**

NB: nelle Domande di Rinnovo, salvo i casi di cambio di ciclo scolastico e/o di revisione della L. 104/92, non sarà necessario allegare le certificazioni richieste, poiché già in possesso dell'Ufficio Competente)

1. Verbale della Commissione Medica attestante lo stato di handicap ai sensi dell' ex art. 3 Legge 104/92;
2. Diagnosi funzionale redatta su modello predisposto, compilata in tutte le sue parti, resa da struttura Sanitaria Pubblica o Convenzionata (**Si precisa che certificazioni generiche rese da strutture private non convenzionate non potranno essere ammesse a titolo**

**di documentazione sostitutiva della Diagnosi Funzionale. Altre certificazioni specialistiche saranno comunque assunte a corredo della domanda).**

Dichiara:

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico, delle modalità di accesso e di erogazione del servizio (Procedimento);
- di autorizzare l'Ente all'utilizzo dei propri dati, come previsto dal Decreto legislativo n° 196, del 30 giugno 2003 .

**Cagliari, li**

**In fede**

(è richiesta la firma di entrambi i genitori)

---

(è richiesta la firma di entrambi i genitori)

---