



SERVIZIO PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA E SOCIALE
EXTRASCOLASTICA DEI DIVERSAMENTE ABILI
ANNO SCOLASTICO 2021/2022



AL DIRIGENTE
SETTORE SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI BARLETTA

Il/La sottoscritto/a:

Cognome Nome
nato/a a prov. il
residente a Via/piazza
Tel. cell.

CHIEDE

Che il proprio figlio/a

Cognome Nome
nato/a a prov. il

possa usufruire del Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili - A.S. 2021/2022

Scuola che frequenterà il minore

BARRARE A FIANCO IL RIQUADRO DI RIFERIMENTO	SCUOLA DELL'INFANZIA <input type="checkbox"/>	SCUOLA PRIMARIA <input type="checkbox"/>	SCUOLA SECONDARIA DI I GRADO <input type="checkbox"/>
--	---	--	--

Denominazione Scuola:
Plesso:
Classe:



CITTA' DI BARLETTA

Medaglia d'oro al Valor Militare e Merito Civile
Città della Disfida



- Conferma/dichiara i componenti il proprio nucleo familiare di seguito indicati:

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Parentela
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DICHIARA

- Di aver già usufruito del Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili, nell'anno scolastico 2020/2021;
- Di non aver già usufruito del Servizio di Integrazione Scolastica e Sociale Extrascolastica dei diversamente abili nell'anno scolastico 2020/2021;
- Di voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana ed in presenza di un familiare di riferimento, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio;
- Di non voler usufruire, in caso di assenza dell'alunno per un periodo superiore ad una settimana, delle ore di prestazione del Servizio anche presso il proprio domicilio

Alla presente allega:

- Copia conforme all'originale della Diagnosi redatta dai Servizi Sanitari della ASL/BT, ai sensi del Regolamento Regionale n. 6/2007;
- Copia di un documento d'identità del richiedente, in corso di validità.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI ALL'ART. 13 DEL D.

LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196 e s.m.i.

La informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti d'accesso al servizio richiesto. Il conferimento dei dati è necessario ed indispensabile per l'istruttoria della pratica. I dati personali possono essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'Autorità Giudiziaria.

Barletta,

FIRMA DEL DICHIARANTE
