

Al Comune di \_\_\_\_\_

Ufficio di Servizio Sociale

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente presso il Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/esercente la responsabilità genitoriale per  
il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_ nata/o a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e residente  
presso il Comune di \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Avendo i requisiti previsti nell'Avviso Pubblico "Insieme per Apprendere"

### **CHIEDE**

di poter beneficiare de servizi specialistici rivolti agli alunni DSA, ADHD, BES

### **A tal fine DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dagli art. 46 e 47 del DPR. 445/2000 e ss.mm.ii. e consapevole delle sanzioni amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 della Legge 445/2000 per il caso di dichiarazioni mendaci, false o reticenti, quanto segue:

- 1) che il/la proprio/a figlio/a è residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- 2) che il/la proprio/a figlio/a frequenta la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria dell'Istituto Comprensivo/  
Circolo Didattico \_\_\_\_\_;

Allega:

- Copia documento di identità del richiedente in corso di validità;
- Copia codice fiscale del richiedente e dell'alunno destinatario del servizio;
- Certificazione rilasciata dall'istituzione scolastica per gli alunni BES (PDP);
- Certificazione rilasciata dalla Neuropsichiatria Infantile territorialmente competente per alunni con DSA e ADHD.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La \_\_\_\_\_ attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 integrato dal DGPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

firma \_\_\_\_\_