

Richiesta Servizio di Assistenza Educativa Scolastica
anno scolastico 2016/2017

Il /La Sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Residente nel Comune di _____ Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____ cellulare _____

Email _____

CHIEDE PER IL FIGLIO/A

Cognome Nome	
Data e luogo di nascita	
Codice Fiscale	
Residenza	
Recapito telefonico	

Che frequenterà nell'anno scolastico 2016/2017 la classe _____ della scuola _____

Istituto Comprensivo _____

Via/Piazza _____ n. _____

Città _____

⇒ intervento di Assistenza Educativa Scolastica anno 2016/2017

Si allega:

- verbale di accertamento stato di handicap
- diagnosi funzionale o relazione specialistica
- p.e.i. (da richiedere alla scuola)
- consenso al trattamento dei dati

Data _____

Firma del genitore/tutore



COMUNE DI LIMBIATE

Il sottoscritto _____ in qualità di genitore/tutore

DICHIARA

⌚ che il figlio/a _____ è residente nel Comune di _____
in via _____

⌚ di aver preso visione della scheda informativa relativa al Servizio Assistenza Educativa Scolastica.

DICHIARA INOLTRE DI ESSERE INFORMATO CHE

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03, i dati raccolti saranno comunicati e trattati, anche con strumenti informatici, dal Comune di Limbiate, e a tutti i soggetti terzi dallo stesso individuati, esclusivamente nell'ambito del procedimento e per l'erogazione del servizio per il quale la presente dichiarazione viene resa **e di dare il proprio consenso.**

Luogo e data _____

Firma
