

**Richiesta Servizio di Assistenza Educativa Scolastica**  
anno scolastico 2017/2018

Il /La Sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

In qualità di :

- genitore  
 tutore

**CHIEDE PER IL MINORE**

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

Che frequenterà nell'anno scolastico 2017/2018 la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

**L'intervento di Assistenza Educativa Scolastica anno 2017/2018**

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 da 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

---