



Comuni

TERLIZZI

CORATO
Comune Capofila

RUVO DI PUGLIA

AMBITO TERRITORIALE N. 3 - UFFICIO DI PIANO



ASL Bari

PugliaSalute

**Distretto Socio-Sanitario
n° 2**

**SERVIZIO PER L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA E SOCIALE EXTRASCOLASTICA DEI DIVERSAMENTE ABILI
ART. 92 DEL R. R. N. 4/2007 s.m.i.
- ANNO SCOLASTICO 2024 – 2025**

AL DIRIGENTE V Settore
SERVIZI SOCIALI
COMUNE DI TERLIZZI

I sottoscritti:

Madre: _____

nata a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/piazza _____

tel. _____ cell. _____

Padre: _____

nato a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/piazza _____

tel. _____ cell. _____

Tutore: _____



Comuni

TERLIZZI

CORATO
Comune Capofila

RUVO DI PUGLIA

AMBITO TERRITORIALE N. 3 - UFFICIO DI PIANO



ASL Bari

PugliaSalute

**Distretto Socio-Sanitario
n° 2**

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/piazza _____

tel. _____ cell. _____

CHIEDONO/CHIEDE

Che il proprio figlio/a – assistito/a

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ Via/piazza _____

possa usufruire del *Servizio di Integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili -*

A.S. 2024/2025

Scuola frequentata dal minore (a.s. 2024/2025)

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 (a.s. 2024/2025): _____

Note: _____



Comuni

TERLIZZI

CORATO
Comune Capofila

RUVO DI PUGLIA

AMBITO TERRITORIALE N. 3 - UFFICIO DI PIANO



A tal fine, consapevole delle responsabilità penali che si assume in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti, sotto la propria responsabilità

DICHIARANO/DICHIARA

- Che il nucleo familiare è così composto (riportare i dati di tutti i componenti, compreso il dichiarante, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.):

Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Rapporto di parentela	Professione
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Di aver usufruito del **Servizio di Integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili** nell'anno scolastico precedente;

Di non aver usufruito del **Servizio di Integrazione scolastica e sociale extrascolastica dei diversamente abili** nell'anno scolastico precedente;

Alla presente allega:

- Certificazione di handicap (Legge 104/1992)
- Copia del documento d'identità dei genitori/tutore e del minore, in corso di validità



Comuni

TERLIZZI

CORATO
Comune Capofila

RUVO DI PUGLIA

AMBITO TERRITORIALE N. 3 - UFFICIO DI PIANO



ASL Bari

PugliaSalute

**Distretto Socio-Sanitario
n° 2**

**INFORMATIVA DI CUI ALL' EX ART. 13 DEL D. LGS. 30 GIUGNO 2003, N. 196 E ARTT. 13 E 14 DEL GDPR -
REGOLAMENTO UE 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. Giugno 2003, n° 196 e degli artt. 13 e 14 del GDPR – Regolamento UE 2016/679, 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 dell'istanza. I dati personali potranno essere comunicati alla Guardia di Finanza e all'Autorità Giudiziaria.

Luogo e Data, _____

FIRMA DEI GENITORI

FIRMA DEL TUTORE
