

Servizio Assistenza Scolastica Disabili ai sensi della L.R. 23/2005

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ () in via _____

Telefono abitazione _____ Telefono cellulare _____

CHIEDE PER

_____ cognome e nome _____
(**relazione di parentela**)

nato/a _____ il _____ residente _____ () Via _____

Il Servizio di Assistenza Scolastica Disabili ai sensi della L. R. n° 23/2005.

Scuola Statale frequentata (barrare la scuola che verrà frequentata):

- MATERNA** _____ Classe _____
- ELEMENTARE** _____ Classe _____
- MEDIA** _____ Classe _____

Tipo Assistenza (barrare la casella della tipologia di assistenza richiesta)

- SPECIALISTICA**
- TUTELARE**

Allega la seguente documentazione :

- certificato medico rilasciato dai servizi specialistici della A.S.L. ;
- verbale di invalidità civile;
- verbale di riconoscimento dell'handicap grave ai sensi della Legge n.104/92;
- altro _____

N. B. leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

Olbia, lì _____

Firma del/la richiedente

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione
