

	<p>Amministrazione destinataria Comune di Pescara</p> <p>Ufficio destinatario Servizio politiche sociali - famiglia e disabilità</p>	
---	--	--

## Domanda per il servizio di assistenza educativa e didattica rivolta a studenti minorati della vista o dell'udito

***Ai sensi della Legge Regionale 09/04/1997, n. 32  
anno scolastico /***

Il sottoscritto										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita			Sesso	Luogo di nascita			Cittadinanza			
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Domicilio										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria			Posta elettronica certificata			
Soggetto interessato										
<input type="radio"/> per sè stesso										
<input type="radio"/> per la persona di seguito specificata										
Cognome			Nome			Codice Fiscale				
Sesso	Data di nascita		Luogo di nascita			Cittadinanza				
Residenza										
Provincia	Comune		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Interno	SNC	CAP
									<input type="checkbox"/>	
In qualità di (*)										

In qualità di (\*):

curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale, altro titolo

### CHIEDE

l'erogazione del servizio di assistenza educativa e didattica domiciliare rivolta a studenti con la seguente disabilità

<b>Disabilità</b>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di essere iscritto presso l'istituto

Nome istituto	Classe	Città

Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

<input checked="" type="checkbox"/>	certificazione dell'assistito rilasciato dalla ASL competente
<input type="checkbox"/>	copia del documento di identità <i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

<input type="checkbox"/>	dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.
--------------------------	--

Pescara		
Luogo	Data	Il dichiarante